

.....
(pieczęć podmiotu)

Miejscowość, data

DEKLARACJA

udziału podmiotu jako partnera w

„Świętokrzyskiej Karcie Zawodowej Rodziny Zastępczej”

Niniejszym zgłaszam wolę przystąpienia do udziału w „Świętokrzyskiej Karcie Zawodowej Rodziny Zastępczej” przyjętej do realizacji Uchwałą Nr 967/19 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego w dniu 14 sierpnia 2019r.

Nazwa podmiotu:.....

Adres siedziby:

Adres e – mail, nr telefonu:

NIP i REGON:

Właściciel/Reprezentant/nr telefonu:

Jednocześnie deklaruje udzielenie zniżek na oferowane przez nas towary i usługi, według poniższych zasad:

- rodzaj ulgi:
- wysokość ulgi
- rodzaj ulgi:
- wysokość ulgi
- rodzaj ulgi:

Termin obowiązywania ulgi

Oświadczam/y, że poniosę/poniesiemy we własnym zakresie wszelkie koszty związane z udzielanymi zniżkami dla użytkowników Świętokrzyskiej Karty Zawodowej Rodziny Zastępczej, i nie będę/ nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu od Województwa Świętokrzyskiego.

Przyjmuję/my do wiadomości, że podjęcie współpracy rozpocznie się po podpisaniu stosownego porozumienia z Województwem Świętokrzyskim.

Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na umieszczenie danych podmiotu który reprezentuję/my, informacji o udzielanych zniżkach we wszelkich materiałach informacyjnych dotyczących wsparcia dla zawodowych rodzin zastępczych, oraz na stronach internetowych prowadzonych przez Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego.

.....
Dane kontaktowe osób upoważnionych do udzielania informacji w zakresie niniejszego zgłoszenia

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć firmy i czytelny podpis*

* osoba/osoby upoważnione do reprezentowania podmiotu i składania w jej imieniu oświadczeń