



Partnerstwo na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Działając jako osoba uprawniona do reprezentowania organizacji/firmy:

Pełna nazwa:

Adres:

Telefon:

Mail:

Zgłaszam gotowość do przystąpienia organizacji/firmy do **Partnerstwa na rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości** jako jego członek Partnerstwa.

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem prac Partnerstwa i w pełni go akceptuję. Dołączenie organizacji do Partnerstwa jest nieodpłatne i nie zobowiązuje do ponoszenia jakichkolwiek kosztów, a możliwość wykorzystania logotypów jest ograniczona w czasie na okres członkostwa w Partnerstwie.

Jednocześnie wskazuję jako osobę/osoby uprawnioną/uprawnione do działania w ramach Partnerstwa jako przedstawicieli organizacji/firmy:

Pana/Panią:

Mail:

Telefon:

W załączeniu stosowne pełnomocnictwo.

.....

data

.....

podpis