FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODMIOTU

JAKO PARTNERA PROGRAMU WSPARCIA RODZIN WIELODZIETNYCH

ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY ŻABIA WOLA

„KARTA DUŻEJ RODZINY 3+ i 4+”

(W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH WYPEŁNIĆ KOLEJNE EGZEMPLARZE FORMULARZA)

Zgłaszam/y wolę współpracy z Gminą Żabia Wola i Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Żabiej Woli w ramach programu wsparcia rodzin wielodzietnych, poprzez udzielanie zniżek na oferowane przez nas towary i usługi według poniższych zasad:

* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA

Zobowiązuję/my się do udzielania wymienionych zniżek w następujących punktach prowadzenia przeze mnie/przez nas działalności:

W okresie:

* OD DNIA 🖵🖵-🖵🖵-🖵🖵🖵🖵
* DO DNIA 🖵🖵-🖵🖵-🖵🖵🖵🖵
* 🖵 - DO ODWOŁANIA

Proszę o przekazanie znaku informacyjnego, informującego o udziale w programie

do oznakowania punktu prowadzenia działalności, w ilości - sztuk, oraz w wersji

elektronicznej na adres: @

Oświadczam/y, że poniosę/poniesiemy we własnym zakresie wszelkie koszty związane z udzielanymi zniżkami   
dla użytkowników Kart Dużej Rodziny, i nie będę/nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu   
do Gminy Żabia Wola.

Przyjmuję/my do wiadomości, że podjęcie współpracy rozpocznie się po podpisaniu stosownego porozumienia   
z Gminnym Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Żabiej Woli.

Oświadczam/y, że wyrażamy zgodę na umieszczenie danych podmiotu który reprezentuję/my, informacji   
o udzielanych zniżkach i logotypu przekazanego Gminie, we wszelkich materiałach informacyjnych dotyczących wsparcia dla rodzin wielodzietnych, oraz na stronach internetowych prowadzonych przez Gminę i jej jednostki organizacyjne.

Pieczęć firmy

Dane kontaktowe osób upoważnionych do

kontaktu w zakresie niniejszego zgłoszenia

Podpis\*)

Miejscowość, data Podpis\*)

\*) OSOBA/OSOBY UPOWAŻNIONE DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU I SKŁADANIA W JEGO IMIENIU OŚWIADCZEŃ