FORMULARZ ZGŁOSZENIA PODMIOTU

JAKO PARTNERA PROGRAMU **„Międzyrzecz Weteranom”**

DANE PODMIOTU

1. Nazwa ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Właściciel/ reprezentant

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Adres siedziby

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Dane kontaktowe

Mail:……………………………………………………………………………………

Adres strony www:…………………………………………………………………….

Telefon:…………………………………………………………………………………

Zgłaszam/y wolę współpracy z Gminą Międzyrzecz w ramach programu Międzyrzecz Weteranom, poprzez udzielanie zniżek na oferowane przez nas towary i usługi według poniższych zasad:

* % 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 Międzyrzeckiej Karty Weterana, i nie będę/nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu do Gminy Międzyrzecz.

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

 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.

 Dane kontaktowe osób upoważnionych do pieczęć firmy

 kontaktu w zakresie niniejszego zgłoszenia

…………………………...............................................….. ………………………………………………………………………

 Miejscowość, data Podpis\*)

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