

**DEKLARACJA PARTNERA
PROGRAMU „KARTA MIESZKAŃCA GMINY MICHAŁOWICE”**

DANE PARTNERA PROGRAMU					
DANE IDENTYFIKACYJNE					
NAZWA PODMIOTU					
WŁAŚCICIEL					
NUMER NIP					
ADRES SIEDZIBY					
ULICA		Nr domu		Nr lokalu	
MIEJSCOWOŚĆ		Kod pocztowy		Poczta	
OSOBA UPRAWNIONA DO REPREZENTACJI (imię i nazwisko)					

DANE KONTAKTOWE OSOBY UPRAWNIONEJ DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU			
Numer telefonu		Adres e-mail:	

Deklaruję przystąpienie do Programu „Karta Mieszkańca Gminy Michałowice” poprzez udzielenie posiadaczom Karty następujących zniżek:	
1	
2	
3	
...	

Oświadczenie
Oświadczam, że wszystkie koszty związane z udzielonymi zniżkami poniosę w całości we własnym zakresie oraz, że zapoznałem się z Regulaminem wydawania oraz używania Karty Mieszkańca Gminy Michałowice.
Data i podpis Partnera Programu: