

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO KONKURS
NA PROJEKT LOGO DLA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO CENTRUM CHOROÓB
PŁUC
(osoby prawne i podmioty nieposiadające osobowości prawnej)

1. Dane uczestnika konkursu:

Nazwa podmiotu	
Dane osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu (imię, nazwisko)	
Adres siedziby	
Adres do korespondencji	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Dane niezbędne do identyfikacji podatkowej np. NIP	
Numer wpisu do właściwego dla podmiotu rejestru	
Numer rachunku bankowego	

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem niniejszego konkursu i akceptuję jego treść.

.....

Miejscowość, data, podpis

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu)