

**DEKLARACJA PARTNERA
PROGRAMU „KARTA IZABELIŃCZYKA”**

NAZWA PODMIOTU

WŁAŚCICIEL

ADRES SIEDZIBY

NIP

REGON

OSOBA REPREZENTUJĄCA
PODMIOT (IMIĘ I NAZWISKO)

NUMER TELEFONU

ADRES E-MAIL

STRONA WWW

Niniejszym deklaruję przystąpienie do Programu „Karta Izabelińczyka” poprzez udzielenie użytkownikom karty poniższych zniżek/rabatów:

Miejsce świadczenia usługi:

Termin obowiązywania zniżki/rabatu:

1. Oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem współpracy Partnerów z Gminą Izabelin będącą organizatorem Programu „Karta Izabelińczyka” i akceptuję jego zapisy.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych podmiotu, który reprezentuję dla potrzeb niezbędnych do uczestnictwa w Programie „Karta Izabelińczyka”.

Izabelin, dnia

.....

(Pieczęć i podpis osoby reprezentującej Podmiot)