**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**PODMIOTU JAKO PARTNERA PROGRAMU „BYCHAWSKA KARTA SENIORA” MAJĄCEGO NA CELU WSPARCIE OSÓB STARSZYCH POWYŻEJ 60 ROKU ŻYCIA ZAMIESZKAŁYCH NA TERENIE GMINY BYCHAWA**

1. NAZWA PODMIOTU……………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

2. WŁAŚCICIEL/REPREZENTANT:………………………………………………………..

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

1. ADRES SIEDZIBY:……………………………… ………………………………………

……………………………………………………………………………………………..

1. DANE DO KONTAKTU………………………………………………………………….

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

**ZGŁASZAM WOLĘ WSPÓŁPRACY Z GMINĄ BYCHAWA W RAMACH PROGRAMU WSPARCIA SENIORÓW**

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  |  |
|  | % 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

Oświadczam/y, że poniosę/poniesiemy we własnym zakresie wszelkie koszty związane z udzielanymi zniżkami dla użytkowników programu „Karta Seniora” i nie będę/nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu do Gminy Bychawa.

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

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 Seniorów, 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