



SFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO INSTYTUTU WOLNOŚCI – CENTRUM
ROZWOJU SPOŁECZEŃSTWA OBYWATELSKIEGO W RAMACH RZĄDOWEGO PROGRAMU
WSPARCIA ORGANIZACJI POZARZĄDOWYCH MOC MAŁYCH SPOŁECZNOŚCI

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do projektu pn. “Nasze zdrowie w naszych rękach” dofinansowanego w ramach
programu grantowego Czar Świętokrzyskich Inicjatyw - Moc Małych Społeczności

IMIĘ	
NAZWISKO	
ADRES ZAMIESZKANIA	
DATA URODZENIA	
NUMER TELEFONU	

Deklaruję uczestnictwo w następującym typie zajęć (możesz wybrać jeden lub kilka typów zajęć zaznaczając “X” we właściwym miejscu)

- warsztaty żywieniowe
- ćwiczenia rehabilitacyjne
- wyjazdy na baseny mineralne

Oświadczam, że jestem świadoma/my odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 297 ust. 1 Kodeksu Karnego. Oświadczam, iż dane powyżej są zgodne z prawdą i stanem faktycznym

Data i podpis kandydata/kandydatki:

.....