

ZGŁOSZENIE PARTNERA PROGRAMU

AKTYWIZOWANIE I WYRÓWNYWANIE SZANS SENIORÓW W GMINIE WRZEŚNIA

„WRZESIŃSKA KARTA SPOŁECZNA SENIOR”

Nazwa Firmy /Instytucji

.....
.....

Adres siedziby

.....
.....

Osoba do kontaktu

.....

Telefon

.....

E-mail

.....

Rodzaj i wysokość oferowanych zniżek i ulg

Wysokość zniżki/ulgi

.....
.....
.....
.....
.....

Miejsca realizacji zniżki/ulgi

.....
.....
.....
.....

Partner

.....
Data zgłoszenia. Podpis osoby upoważnionej

Ośrodek Pomocy Społecznej

.....
Data zgłoszenia. Podpis osoby upoważnionej