

Zał. nr 2

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

**ZGŁOSZENIE PARTNERA  
PROGRAMU KARTA SENIORA AGLOMERACJI WROCŁAWSKIEJ**

<b>Nazwa Firmy/ Instytucji</b>	
<b>Dane rejestrowe Partnera (KRS NIP, REGON)</b>	
<b>Adres</b>	
<b>Osoba do kontaktu, telefon</b>	
<b>Opis działalności</b>	
<b>Propozycja oferty dla Seniorów</b> (wysokość zniżki, opis działań dodatkowych, np. bezpłatne wykłady, konkursy itp.)	

Wyrażam zgodę na warunki i treść Regulaminu Programu Karta Seniora Aglomeracji Wrocławskiej.



\_\_\_\_\_  
data i podpis

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia  
przez Gminę \_\_\_\_\_)