



X edycja Programu „Moje Czyste Miasto”

ZGŁOSZENIE

Nazwa placówki	
Adres	
Telefon kontaktowy , e-mail placówki i adres strony internetowej placówki	
Dyrektor placówki	
Koordynator programu	
Telefon kontaktowy i e-mail koordynatora (e-mail obowiązkowo)	
Szacowana ilość osób biorąca udział w działaniach X edycji Programu Moje Czyste Miasto	

Oświadczam, że znam regulamin IX edycji Programu Moje Czyste Miasto i akceptuję jego treść. Zgadzam się na wykorzystanie powyższych danych oraz zdjęć na potrzeby przeprowadzenia Programu oraz na stronach internetowych organizatorów i partnerów Programu.

.....
/ pieczętka placówki /

.....
/ data i podpis dyrektora /