**DEKLARACJA ZGŁOSZENIA PODMIOTU**

**JAKO PARTNERA PROGRAMU „ŻARSKA KARTA SENIORA”**

……………………………………………

……………………………………………

NAZWA

…………………………………………………

………………………………………………

WŁAŚCICIEL/REPREZENTANT

………………………………………………

……………………………………………

ADRES SIEDZIBY

………………………………………………………

ADRES E-MAIL

………………………………………………………

TELEFON

**DANE**

**PODMIOTU**

Zgłaszam/y wolę przystąpienia do Programu „Żarska Karta Seniora”, poprzez udzielenie użytkownikom „Żarskiej Karty Seniora” zniżek na oferowane przez nas towary i usługi według poniższych zasad:

* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA
* % ZNIŻKI NA

**Zobowiązuję się do udzielenia wymienionych zniżek w następujących punktach prowadzenia przeze mnie/przez nas działalności:**

**w okresie :**

* OD DNIA
* DO DNIA

Proszę o przekazanie znaku informacyjnego „Tu honorujemy Żarską Kartę Seniora” do oznakowaniu punktu prowadzenia działalności, w ilości ilości sztuk, oraz w wersji elektronicznej.

Oświadczam, że poniosę/poniesiemy we własnym zakresie wszelkie koszty związane z udzielanymi zniżkami dla użytkowników Kart „Żarska Karta Seniora”, i nie będziemy kierować żadnych roszczeń finansowych z tego tytułu od Gminy Żary o statusie miejskim.

Oświadczam/y, że wyrażam zgodę na umieszczenie danych podmiotu który reprezentuję/my, informacji o udzielonych zniżkach i logotypu przekazanego Gminie, we wszystkich materiałach informacyjnych dotyczących realizacji Programu, oraz na stronach internetowych prowadzonych przez Gminę.

Z chwilą rezygnacji z udziału w programie zobowiązuję/zobowiązujemy się do pisemnego powiadomienia Burmistrza Miasta Żary

Pieczęć firmy

Dane kontaktowe osoby upoważnionej w zakresie nin. deklaracji

…………………………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu

……………………………………………………………………

Miejscowość, data

…………………………………………………………………………..