

………………………………………

*Data i miejscowość*

**Deklaracja przystąpienia do Klastra Medycznego**

www.klastermedyczny.org

…………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa podmiotu)

…………………………………………………………………………………………………………………

(adres, miejscowość, kod)

……………………………………… ………………………………………

nr telefonu adres e-mail

NIP ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Klastra Medycznego

i akceptuję regulamin Klastra.

………………………………………

*Podpis i pieczątka*