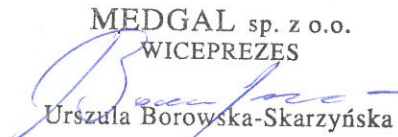




## DEKLARACJA przystąpienia do Polskiego Wschodniego Klastra Medycznego

Mając na uwadze dynamiczny rozwój światowego rynku Ochrony Zdrowia oraz możliwości wykorzystania znaczącego już lokalnego potencjału ludzkiego, naukowego i gospodarczego, a także walory przyrodnicze Regionu Podlasia deklaruję gotowość przystąpienia do *Polskiego Wschodniego Klastra Medycznego*.

Ja niżej podpisany deklaruję przystąpienie do Polskiego Wschodniego Klastra Medycznego i oświadczam, że znana jest mi treść Porozumienia z dnia 15.10.2008 r., której warunki przyjmuję bez zastrzeżeń.

Pełna Nazwa Uczestnika	FUNDACJA ZDROWE MIASTO
Imię i nazwisko, tytuły, osoby reprezentującej Uczestnika	DANIEL CHOMICKI WICE PREZEZ ZARZĄDU
Adres zamieszkania / siedziby (ul. kod. miejscowość)	UL. ZIELONA 2/27 16-030 CIASNE
e-mail	<a href="mailto:DCHOMICKI@ZDROWEMIASTO.ORG">DCHOMICKI@ZDROWEMIASTO.ORG</a>
tel. biuro	601 596 966
tel. kontaktowy	601 596 966
www.	ZDROWEMIASTO.ORG
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych wyłącznie w celach związanych z działalnością Polskiego Wschodniego Klastra Medycznego</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>MEDGAL sp. z o.o. WICEPREZES</p>  <p>Urszula Borowska-Skarżyńska</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MEDGAL Sp. z o.o. ul. Niewodnicka 26A, 16-001 Księżyno tel. +48 85 6632 344 fax +48 85 6632 622 REGON 200737591. NIP 5423227877</p> </div> </div>	
Podpis i ew. pieczęć Uczestnika	

Wyrażam zgodę na przyjęcie nowego partnera do Klastra:

(Podpis i pieczęć Partnera)