

01.07.2022, Opole

*Data i miejscowość*

**Deklaracja przystąpienia do Klastra Medycznego**

[www.klastermedyczny.org](http://www.klastermedyczny.org)

ICE4MED SP. Z O.O.  
ul. Plebiscytowa 3/18  
45-359 Opole

792 080 297

.....  
nr telefonu

biuro@ice4med.pl

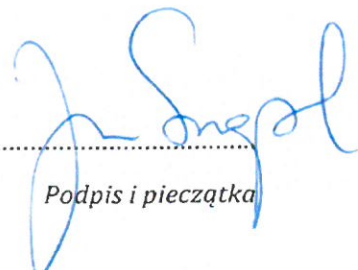
.....  
adres e-mail

NIP 7543290715

Jan Szczepanik  
Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Klastra Medycznego  
i akceptuję regulamin Klastra.

**ICE4MED Sp. z o.o.**  
ul. Plebiscytowa 3/18, 45-359 Opole  
KRS: 0000860668, REGON: 387064460  
NIP: 7543290715

  
.....  
Podpis i pieczęćka