

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SAMORZĄD OD SERCA

Pełna nazwa jednostki samorządu terytorialnego

Adres/ ulica i numer

Kod pocztowy

Miasto

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej

Numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej

Adres poczty elektronicznej osoby zgłaszającej

Termin realizacji programu

Idea programu – jakie były założenia, co zostało zrealizowane? (max 2500 znaków ze spacjami)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SAMORZĄD OD SERCA

Osiągnięte rezultaty programu (max 1500 znaków ze spacjami)

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polpharma Biuro Handlowe sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Bobrowieckiej 6, 00-728 Warszawa, w celu realizacji konkursu. Jestem świadom/świadoma, iż moja zgoda może być odwołana w każdym czasie.*

.....  
Data i podpis

*Oświadczam, że przekazane w ramach Konkursu informacje są prawdziwe.*

.....  
Data i podpis.