



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
przystąpienia do Kujawsko-Pomorskiej Sieci Współpracy Warsztatów Terapii Zajęciowej

Nazwa Warsztatu Terapii Zajęciowej	
Nazwa Organizatora Warsztatu Terapii Zajęciowej	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Niniejszym oświadczam, iż, działając w imieniu instytucji wskazanej powyżej, zapoznałam/em się oraz akceptuję treść, a także deklaruję wolę podpisania „Porozumienia o współpracy w ramach Kujawsko-Pomorskiej Sieci Współpracy Warsztatów Terapii Zajęciowej” oraz akceptuję obowiązujące zasady funkcjonowania tej Sieci zawarte w innych dokumentach formalnych wypracowanych w trakcie jej działania.

.....
Miejscowość, dnia

.....
pieczęć Warsztatu Terapii Zajęciowej

.....
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Warsztatu Terapii Zajęciowej

**Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego na nr faksu 56 657 14 61
bądź zeskanowany na adres poczty elektronicznej: k.cichecka@rops.torun.pl**