



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**przystąpienia do Sieci Współpracy Spółdzielni Socjalnych woj. Kujawsko-Pomorskiego**

Nazwa Spółdzielni Socjalnej	
Nr KRS	
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 Spółdzielni Socjalnych Z Województwa Kujawsko-Pomorskiego” oraz akceptuję obowiązujące zasady funkcjonowania tej Sieci zawarte w innych dokumentach formalnych wypracowanych w trakcie jej działania.***

.....  
Miejscowość, dnia

.....  
pieczęć Spółdzielni Socjalnej

.....  
podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Spółdzielni Socjalnej

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