***DEKLARACJA***

***PARTNERSTWA I WSPÓŁPRACY W RAMACH PROGRAMU PROMOCJI ZDROWIA pn.***

***…………………………………………………………………………………………………………***

Jednostka organizacyjna ...........................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu ………………………………………………………………………………………………………………..

Adres e-mail ..............................................................................................................................................................

Imię i nazwisko osoby delegowanej do współpracy

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

…………………………….

Data

………………………………………………….

Podpis