

## WNIOSEK O OBJĘCIU PROGRAMEM

### „W KRAKOWIE DOBRA WODA PROSTO Z KRANU W TWOIM SZPITALU”

1. PEŁNA NAZWA SZPITALA:

---

2. ADRES SZPITALA:

---

3. OSOBA REPREZENTUJĄCA SZPITAL:

---

4. DANE OSOBY DO KONTAKTU (adres e-mail, telefon):

---

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję Regulamin programu „W Krakowie dobra woda prosto z kranu w Twoim szpitalu” będący integralną częścią składanego wniosku.

---

podpis osoby upoważnionej i pieczęć placówki