

XVI Świętokrzyskie Dożynki Wojewódzkie 2016

26-200 Końskie, ul. Partyzantów 1

- 4 września 2016r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU

Nazwa Firmy/Jednostki handlowej, usługowej:

Ulica.....

MiejscowośćKod pocztowy

NIP Telefon.....

e-mail

Imię i Nazwisko osoby odpowiedzialnej za realizację zadania

Imię:

Nazwisko:

Telefon kontaktowy:

e-mail:

osoba ta powinna być w stałym kontakcie z organizatorami oraz być obecna podczas realizacji zadania. Jest to niezbędne w celu zapewnienia bezpieczeństwa i sprawnego przekazywania informacji.

Deklarując udział w XVI Świętokrzyskich Dożynkach Wojewódzkich 2016 oświadczam, że posiadam sprawny, bezpieczny sprzęt, zgodny z wymogami sanitarnymi i przepisami BHP, doświadczenie oraz wyszkolony personel do prowadzenia niżej wymienionej działalności na terenie imprezy.

Zobowiązuję się do **nie wystawiania** innego sprzętu niż deklarowany, pod klauzulą usunięcia z terenu imprezy.

Oferowany asortyment:

.....
.....
.....

Wymiary z dokładnością do 0,5 m:

Front: m Bok: m

Opis stanowiska z uwzględnieniem ilości i poszczególnej masy prezentowanego sprzętu

.....
.....
.....

Dodatkowe uwagi:

.....
.....

Miejscowość, Data.....

Czytelny podpis osoby upoważnionej

Pieczęć

Termin nadsyłania i dostarczania zgłoszeń do dnia 15.08.2016 r.

Adres: Urząd Miasta i Gminy Końskie, 26-200 Końskie, ul. Partyzantów 1

Michał Łyczek

Robert Skalski:

e-mail: uko@umkonskie.pl

e-mail: rskalski@umkonskie.pl

Telefon: 604-503-457

Telefon: 608-510-433

Warunkiem uczestnictwa jest dokonanie wpłaty na konto Towarzystwa Wspierania Rozwoju Powiatu „Wszechnica Konecka” z dopiskiem Dożynki Wojewódzkie

Bank PKO S.A. o/ Końskie 95 124050061111000055603458

W celu ustalenia wysokości kwoty prosimy o kontakt z w/w osobami.