



Załącznik nr ....

**DEKLARACJA**  
**UCZESTNICTWA W DZIAŁANIACH TOWARZYSZĄCYCH POPŻ 2016**  
**ORGANIZOWANYCH PRZEZ**  
**WARMIŃSKO-MAZURSKI ZARZĄD WOJEWÓDZKI**  
**POLSKIEGO KOMITETU POMOCY SPOŁECZNEJ W OLSZTYNIE**

JA .....  
( imię i nazwisko )

zamieszkała/y .....  
( dokładny adres )

tel. kontaktowy.....

**Deklaruję chęć uczestnictwa w następujących formach działań organizowanych przez  
Warmińsko-Mazurski Zarząd Wojewódzki Polskiego Komitetu Pomocy Społecznej  
w Olsztynie:**

Wstaw znak „X” przy wybranej formie działań	FORMA DZIAŁAŃ
	WARSZTATY KULINARNE
	WARSZTATY DIETETYCZNE DOT. ZDROWEGO ŻYWIENIA
	WYKŁADY EDUKACYJNE DOTYCZĄCE ZASAD ZDROWEGO ODŻYWIANIA I PRZECIWDZIAŁANIA MARNOTRAWIENIU ŻYWNOŚCI
	WARSZTATY EDUKACJI EKONOMICZNEJ

.....  
( miejscowość )

.....  
( data )

.....  
( czytelny podpis )