



Załącznik nr

DEKLARACJA
UCZESTNICTWA W DZIAŁANIACH TOWARZYSZĄCYCH POPŻ 2017
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

Wyrażam zgodę na umieszczenie i prezentowanie wizerunku mojej osoby na zdjęciach oraz w materiałach multimedialnych, wykonanych podczas uczestnictwa w działaniach towarzyszących.

.....
(miejscowość) (data)

.....
(czytelny podpis)