

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO AKCJI EDUKACYJNO – ZDROWOTNEJ

„LOVE.life”
(2024/2025)

Nazwa Podmiotu Partnera/Sponsora	
Imię i Nazwisko uczestnika/partnera	
Adres korespondencyjny:	
Telefon:	
Mail:	
Akcja edukacyjno-zdrowotna „LOVE.life” (zakres zaangażowania, zaznacz właściwe)	
Uczestnik	
Partner/Sponsor	

.....
Podpis Uczestnika/Partnera

.....
Miejscowość, data

Zgłoszenie proszę przesłać e-mailem na adres: admin@chcpharma.pl