



FORMULARZ ZAMÓWIENIA POMOCY SZKOLNYCH

NAZWA SZKOŁY

ULICA

NR DOMU

MIEJSCOWOŚĆ

KOD POCZTOWY

-

NR KIERUNKOWY

NR TELEFONU

WOJEWÓDZTWO

IMIĘ I NAZWISKO DYREKTORA SZKOŁY

E-MAIL

IMIĘ I NAZWISKO KOORDYNATORA PROGRAMU

TELEFON KONTAKTOWY

WYBIERAM PONIŻSZY RODZAJ POMOCY DYDAKTYCZNYCH:



LP.	NR ZESTAWU	NAZWA ZESTAWU	ILOŚĆ	PUNKTY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LP.	NR ZESTAWU	NAZWA ZESTAWU	ILOŚĆ	PUNKTY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LP.	NR ZESTAWU	NAZWA ZESTAWU	ILOŚĆ	PUNKTY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ODEŚLANIE NINIEJSZEGO FORMULARZA JEST RÓWNOZNACZNE Z AKCEPTACJĄ REGULAMINU PROGRAMU I FUNDUSZU OŚWIATOWEGO UMIESZCZONEGO NA STRONIE WWW.MOJE-MIASTO-BEZ-ELEKTROSMIECI.PL

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS OSOBY UPOWAŻNIONEJ

PIECZĘĆ SZKOŁY

FORMULARZ ZAMÓWIENIA NALEŻY PRZEŚLAĆ LISTOWNIE NA ADRES:
„MOJE MIASTO BEZ ELEKTROŚMIECI”, UL. LOCCI 18, 02-928 WARSZAWA