**KONKURS KULINARNY DLA KGW**

**19 października 2024**

formularz zgłoszeniowy

...............................
(data zgłoszenia)

.............................................................................................
(pełna nazwa KGW / Stowarzyszenia)

**Dane KGW:**

1. Adres: ………………………………………………………………………………………..………
2. Numer NIP i/lub KRS i/lub KRKGW: ………………………………………………………….
3. Numer konta: …………………………………..………………………………………...…………
4. Uprawniony/Uprawnieni do reprezentacji Podmiotu: ………………………………………..
5. Osoba do kontaktu: ……………………………………………………………………..…………
6. Adres e-mail: …………………………………………………………….……….…………………
7. Numer telefonu do kontaktu: …………………………………………..…………………………
8. Liczba członków KGW zgłaszana do konkursu (max. 5 osób): …………………………….

Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z regulaminem konkursu i akceptuję jego postanowienia (w tym m. in.: RODO oraz wykorzystanie wizerunku).

………………………………………………….

(Podpis osoby zgłaszającej)

Uzupełniony formularz należy przesłać na adres e-mail: konkurs@innowatorzywsi.pl