

DEKLARACJA WSPÓŁPRACY Z INSTYTUTEM

DANE PODMIOTU

1. Nazwa (pełna)

.....

2. Adres do korespondencji

E-mail:

.....

-

Kod pocztowy

Ulica, nr domu

Miejscowość

3. Kontakt

Strona www:

Telefon(y):

Komórkowy

Stacjonarny

4. NIP, REGON, rok założenia

NIP

REGON

Rok założenia

5. Forma działalności gospodarczej (właściwe podkreślić)

Osoba fizyczna | Spółka cywilna | Spółka jawna | Spółka z o.o. | Spółka akcyjna

Inna

6. Rodzaj i zakres prowadzonej działalności

.....
.....
.....
.....

DANE OSOBY REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT

Nazwisko:

1)

2)

Imiona:

Telefon kontaktowy:

☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych

Miejscowość, data

Pieczętka firmy

Podpis osoby reprezentującej podmiot

**INSTYTUT BRANŻY
POGRZEBOWEJ I CMENTARNEJ**

UP Warszawa 90 skr. poczt. 17, 04-951 Warszawa, ul. Młoda 19
tel. 510 144 815, e-mail: biuro@ibpc.pl