



ZGŁOSZENIE DLA PARTNERA PROGRAMU OGÓLNOPOLSKIEJ KARTY SENIORA

NAZWA FIRMY:

ULICA:

KOD POCZTOWY:

MIASTO:

WOJEWÓDZTWO:

E-MAIL:

NR TEL:

DANE PRZEDSTAWICIELA:
(IMIĘ I NAZWISKO NR TEL. E-MAIL)

OFEROWANA ZNIŻKA:

WYBÓR PAKIETU

(formularz zgłoszeniowy stanowi podstawę do zapłaty)*

PAKIET PODSTAWOWY

0 zł

PAKIET ROZSZERZONY

350 zł netto**

PAKIET EXTRA

560 zł netto**

DATA & PODPIS & PIECZĄTKA:

*Przesłanie prawidłowo wypełnionego zgłoszenia jest równoznaczne z zawarciem umowy dwustronnie zobowiązującej. Warunkiem udziału w Programie „Ogólnopolskiej Karty Seniora” jest wpłacenie całości opłaty w terminie 14 dni od podpisania zgłoszenia przelewem na rachunek: 90 2490 0005 0000 4500 4032 9612, Alior Bank, Grupa SAPR ul. Miarowa 4D, 30-616 Kraków.

**Do ceny netto należy doliczyć 23% VAT.