## Innowacyjny Klaster Promocji Zdrowia i Natury

## „Prozdrowotna Brama Przemyska”

**37-700 Przemyśl, ul. Słowackiego 85,**

**tel. 016 676-05-91, fax.678-51-39, 608-315-611**

*…………………………………………………*

*pieczęć firmowa*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** |  |
| **NIP, REGON, KRS** |  |
| **Adres: ulica, miejscowość, kod pocztowy** |  |
| **Nr tel. fax, @-m. GG itp** |  |
| **Forma prawna prowadzonej działalności** |  |
| **PKD/EKD zakres działalności obecnej i plan.** |  |
| **Data rozpoczęcia działalności** |  |

Deklaracja

**przystąpienia do współpracy w ramach Konsorcjum - KLASTRA** „Prozdrowotna Brama Przemyska”

Na podstawie otrzymanej Umowy Konsorcjum, niniejszym deklaruję przystąpienie i przestrzegania zasad współpracy w ramach **KLASTRA** w charakterze: członka w grupie lub koordynatora grupy:

**Grupa:** 1, 2, 3 *(właściwą odp. zakreślić).*

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania ogólnych warunków członkostwa w Klastrze **„Prozdrowotna Brama Przemyska” zawartych w umowie i na witrynie:** [**www.collegeinfo.eu**](http://www.collegeinfo.eu)Oświadczam, że akceptuję zasady jego powołania, funkcjonowania oraz deklaruję aktywną pracę na rzecz jego rozwoju. Aby sprostać wyzwaniom wzorowego produktu branży ekologii i zdrowotno-turystycznej tj. podniesienia standardów usług, dostosowania wyposażenia i funkcjonowania firmy oraz jej rozwoju, zobowiązuję się skoncentrować wysiłki na podnoszeniu swojej konkurencyjności poprzez wzbogacenie o nowoczesne usługi lub produkty prozdrowotne. Będę zabiegać o fundusze krajowe i UE w wysokości (**podać wartość szacunkową** **w tys. zł**):

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

Wnoszę uwagi:

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

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie naszych danych przez Koordynatorów: Fundację Rozwoju Nowych Technologii i Zasobów Ludzkich, WSIiZ w Przemyślu, doradców gospodarczych i udostępnianie ich innym członkom Klastra* **„Prozdrowotna Brama Przemyska”***.*

Do reprezentacji jednostki deleguję Pana/Panią ……………………………………………………………………………………………………………

**Wypełnioną deklarację proszę przesłać pocztą elektroniczną lub tradycyjną. W załączeniu proszę podać również (opisać) zakres świadczonych usług wraz z jej samooceną.**

…………………………................................................................................................................

***Przemyśl,*** …………………….. ……………………………………….

*Miejscowość, data* *Pieczęć i podpis osoby upoważnionej*