**WNIOSEK O PRZYZNANIE CERTYFIKATU**

|  |  |
| --- | --- |
| DANE TELEADRESOWE | |
| Nazwa podmiotu: |  |
| Rodzaj podmiotu: |  |
| Adres: |  |
| Telefon stacjonarny: |  |
| Strona www: |  |
| Adres e-mail: |  |
| Dane osoby do kontaktów (imię , nazwisko, bezpośredni numer tel.): |  |
| OPIS DZIAŁALNOŚCI ( max. 3000 znaków) | |

|  |
| --- |
| W JAKI SPOSÓB PODMIOT SPEŁNIA KRYTERIA PRZYZNANIA CERTYFIKATU  ( max. 3000 znaków) |
|  |

Data i podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania zgłaszanego podmiotu