 

„**WZAJEMNA WSPÓŁPRACA SZANSĄ DLA REGIONU – EFEKTY I MOŻLIWOŚCI DOFINANSOWANIA PROJEKTÓW W RAMACH PROGRAMÓW WSPÓŁPRACY TRANSGRANICZNEJ 2007 - 2013**”

Spotkanie dla potencjalnych wnioskodawców i beneficjentów z obszaru województwa dolnośląskiego

Bogatynia, 30 listopada 2009 r.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**Imię i Nazwisko:** …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

**Stanowisko:** …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

**Instytucja:** …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

**Adres:**  …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

**Tel/fax:** …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

**e-mail:**  …………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................................……………

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego danych zawartych w formularzu zgodnie z ustawą

z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133 z późn. zm.)

 Podpis osoby zgłaszanej

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

Miejscowość, data Pieczątka i podpis przełożonego

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

Wypełniony formularz zgłoszenia należy przesłać do **Wydziału Europejskiej Współpracy Terytorialnej** UMWD na nr faxu **0-71 776 91 12** w terminie  **do dn. 25 listopada 2009 r**. (środa) włącznie.

W przypadku rezygnacji ze szkolenia prosimy o telefoniczną informację najpóźniej do dn. 27 listopada b.r. (piątek)

na podane nr tel: 071 776 91 06; 071 776 92 02; 071 776 92 20