KARTA ZGŁOSZENIA

Niepodległościowy Rajd Kampinoski – Misja Kampinos

9 listopada 2019 r.

Nazwa patrolu: ……..……..……

Placówka zgłaszająca: ……..……..……

Imię i nazwisko opiekuna: ……..…….…..

Adres zameldowania opiekuna: ……..……..

Kontakt do opiekuna: ……..……..……

ZADANIE WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Imiona i nazwiska członków patrolu	Adres zameldowania/Gmina	Przyjmuję do wiadomości treść klauzuli informacyjnej RODO

ZADANIE WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

……

(podpis opiekuna)

ZADANIE WSPÓŁFINANSOWANE PRZEZ SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO