



ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΦΟΡΕΑ: _____

ΔΙΑΚΡΙΤΙΚΟΣ ΤΙΤΛΟΣ: _____

Όνομ/μο Νόμιμου Εκπροσώπου: _____

Όνομ/μο Υπεύθυνου Επικοινωνίας: _____

Τηλέφωνα επικοινωνίας: _____

E-mail επικοινωνίας: _____

Παρακαλώ να ενημερωθώ για το «ΔΙΚΤΥΟ» ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ και τους καταστατικούς σκοπούς του, καθώς και για τις προϋποθέσεις συμμετοχής του φορέα μας σε αυτό.

Ημερομηνία: _____

Όνομ/μο: _____

Υπογραφή: _____

Σφραγίδα Φορέα:

«ΤΟ ΔΙΚΤΥΟ»
ΔΙΚΤΥΟ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΑ
Αρκαδίου 10, Μαρούσι

Επιστρέψτε τη φόρμα συμπληρωμένη προς:
administration.diktyo@kasp.gr
Κοσμά Χριστίνα, Γραμματεία ΔΙΚΤΥΟΥ

Πληροφορίες στο τηλ. 6906770466
Παπαδάκης Γιώργος, Γενικός Γραμματέας ΔΙΚΤΥΟΥ

