

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

Πληροφορίες: Χριστίνα Κοσμά, Γραμματεία ΔΙΚΤΥΟΥ
Τηλ.: 2108056680

