

**Załącznik
do Regulaminu Klastra
Lubelska Medycyna - Klaster Usług Medycznych i Prozdrowotnych**

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do Klastra Lubelska Medycyna – Klaster Usług Medycznych i Prozdrowotnych**

Działając w imieniu i na rzecz
(pełna nazwa i adres podmiotu), po zapoznaniu się z Regulaminem Klastra Lubelska
Medycyna – Klaster Usług Medycznych i Prozdrowotnych zgłaszam przystąpienie

.....
(nazwa podmiotu) do Klastra, dołączając do grona jego Członków.

Oświadczam, że akceptuję postanowienia wyżej wymienionego Regulaminu oraz aktów
wydanych na jego podstawie i zobowiązuję się do przestrzegania ich postanowień jako
Członek Klastra.

.....
data i podpis osób reprezentujących podmiot przystępujący do Klastra

Działając w imieniu i na rzecz Zarządu Klastra Lubelska Medycyna - Klaster Usług
Medycznych i Prozdrowotnych akceptuję niniejszy akt przystąpienia do Klastra.

.....
data i podpis Członka Zarządu Klastra Lubelska Medycyna