**P R I S T O P N A I Z J A V A**

**K PARTNERSTVU ZA RAZVOJ ČLOVEŠKIH VIROV V GORIŠKI REGIJI**

|  |  |
| --- | --- |
| Ime in priimek:(v primeru organizacije, ime in priimek zakonitega zastopnika ter njegova funkcija) |  |
| Naziv organizacije: |  |
| Naslov: (v primeru organizacije, sedež organizacije) |  |
| Telefon, GSM: |  |
| E-naslov: |  |
| Kontaktna oseba: |  |

S pristopom k Partnerstvu za razvoj človeških virov v Goriški regiji (Partnerstvo) se obvezujem, da bom sodeloval pri aktivnostih Partnerstva.

Dovoljujem, da podpisniki Memoranduma uporabljajo zgoraj navedene podatke za potrebe vodenja evidence institucij, ki so pristopile k Partnerstvu, in gradiv Partnerstva za medsebojno obveščanje.

V / na: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(kraj in datum) (lastnoročni podpis)