

1. Gmina _____ Województwo _____

2. Nazwa (numer) szkoły _____

3. Adres:

Miejscowość _____

Ulica _____

Kod pocztowy _____ – Poczta _____

4. Kontakt z przewodniczącym Szkolnej Komisji Konkursowej - Koordynatorem Konkursu:

Imię _____ Nazwisko _____

Telefon _____ E-mail _____

5. Liczba uczestników zgłoszonych do konkursu **Alfik Matematyczny**.

Szkoła Podstawowa

Kl. 2	Kl. 3	Kl. 4	Kl. 5	Kl. 6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gimnazjum

Kl. 1	Kl. 2	Kl. 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Liceum Ogólnokształcące

Kl. 1	Kl. 2 i 3
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Razem

6. Oświadczam, że:

- po konkursie na konto organizatora konkursu przekażę pieniądze za faktyczną liczbę uczestników (zgodnie z punktem 6 regulaminu konkursu).
- akceptuję regulamin i zobowiązuję się do rzetelnego przeprowadzenia konkursu oraz poinformowania o regulaminie uczestników i ich rodziców.**
- nie potrzebuje faktury VAT (*skreśl jeśli jest potrzebna*)

7. Dane do faktury VAT (*jeśli jest potrzebna*)

Pełna nazwa instytucji _____

Adres _____

NIP _____

Podpis Koordynatora