



PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Firma *
Imię i nazwisko *
Adres *
NIP *
Tel./fax *
e-mail *
Partner Handlowy **KAN** **

** dotyczy osób/firm zaopatrujących się u Partnerów Handlowych **KAN**, należy podać nazwę firmy, w której dokonywane są zakupy.

zgłasza swój udział w Programie **Pracuj z KAN**,
akceptując jednocześnie warunki uczestnictwa i regulamin programu.

.....
data * pieczęć firmowa * czytelny podpis zgłaszającego *

* pola obowiązkowe

Wyrażam zgodę na używanie i przetwarzanie powyższych informacji do celów marketingowych i promocyjnych przez firmę **KAN Sp. z o.o.** zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn. 29.08.1997 r. (Dz. U. Nr 133 poz.893).

.....
czytelny podpis

Prosimy o przesłanie formularza fax-em pod numer **85 73 33 826**,
mailem na adres **pk@kan.com.pl** lub pocztą na adres: **KAN Sp. z o.o.** 15-637 Białystok,
ul. Warsztatowa 1E lub przekazanie bezpośrednio pracownikowi **KAN**.