



Mazowiecki  
Z w i ą z e k  
Pracodawców  
w Gminie  
Lesznowola

## DEKLARACJA

Zgłaszam swoje przystąpienie do Mazowieckiego Związku Pracodawców w Gminie Lesznowola.

Ja, niżej podpisany (*imię, nazwisko*) .....

Jestem (właścicielem, dyrektorem, prezesem) firmy:

.....  
.....

adres: .....

NIP ..... Regon .....

Firma prowadzi działalność: .....

i zatrudnia około ..... pracowników.

Osoba odpowiedzialna za kontakty z MZPGL

(*imię, nazwisko*) .....

tel. kontaktowy .....

.....  
(*data i podpis*)

.....  
(*pieczętka*)