**Minősítési kérelem**

**Zala Termálvölgye Nyitott Porta Hálózat**

|  |  |
| --- | --- |
| *Kérelmező személy / jogi személy neve:* |  |
| *Gazdálkodási forma:* |  |
| *Székhely cím:* |  |
| *Levelezési cím:* |  |
| *Adószám:* |  |
| *Hivatalos képviselő neve:* |  |
| *Kapcsolattartó neve, elérhetőségei (e-mail, telefon):* |  |

Alulírott nyilatkozom, hogy a Zala Termálvölgye Nyitott Porta Hálózat minősített tagja kívánok lenni. Kérem a Hálózat szabályzataiban foglalt minősítési eljárás megindítását.

Kelt: ………………………., …….. év …………………… hónap ……… nap

 ……………………………………………..

 Hivatalos képviselő cégszerű aláírása