

## IZJAVA DONATORJA

(za fizične osebe)

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Poštna št. in pošta: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Faks: \_\_\_\_\_

E-pošta: \_\_\_\_\_

### IZJAVLJAM, DA SOGLAŠAM

z objavo mojega imena in priimka v seznamu donatorjev, ki ga UP FAMNIT objavi na svoji spletni strani.

Kraj in datum:

Podpis donatorja:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Prosimo vas, da nam izpolnjeno in podpisano izjavo pošljete na naslov:

UP FAMNIT  
Glagoljaška 8  
6000 Koper

Najlepša hvala za vaše sodelovanje!