

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

INSTYTUCJA	
NAZWA INSTYTUCJI	
ADRES	
KOORDYNATOR	
IMIĘ I NAZWISKO	
FUNKCJA W MIEJSCU PRACY	
EMAIL	
TELEFON	
DOŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z WOLONTARIATEM* (proszę zaznaczyć X właściwe)	<input type="checkbox"/> MAM JAKO WOLONTARIUSZ AKCYJNY
	<input type="checkbox"/> MAM JAKO WOLONTARIUSZ STAŁY
	<input type="checkbox"/> MAM JAKO KOORDYNATOR
	<input type="checkbox"/> NIE MAM
PROJEKT LOKALNEGO WOLONTARIATU OPIEKUŃCZEGO	
NA JAKIM OBSZARZE MA POWSTAĆ/ ROZWINĄĆ SIĘ WOLONTARIAT? (MIASTO/ WIEŚ/ DZIELNICA/ PARAFIA/ INSTYTUCJA/ INNE...)	
ILE SZACUNKOWO OSÓB MAJĄ WSPIERAĆ WOLONTARIUSZE?	
JAKI JEST PLANOWANY SPOSÓB I ZAKRES DZIAŁANIA WOLONTARIATU (NAJWAŻNIEJSZE ZADANIA)	

.....
podpis koordynatora

.....
data i podpis przełożonego instytucji
zgłaszającej się do projektu

PIECZĘĆ INSTYTUCJI