

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

INSTYTUCJA	
NAZWA INSTYTUCJI	
ADRES	
WOJEWÓDZTWO	
EMAIL	
TELEFON	
OSOBA DO KONTAKTU	
KOORDYNATOR	
IMIĘ I NAZWISKO	
FUNKCJA	
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
* JEŚLI TAK PROSZĘ PODAĆ NAZWĘ/NAZWY ORGANIZACJI/AKCJI	
PROJEKT LOKALNEGO WOLONTARIATU OPIEKUŃCZEGO	
NA JAKIM OBSZARZE MA POWSTAĆ/ ROZWINĄĆ SIĘ WOLONTARIAT (MIASTO, WIEŚ, DZIELNICA, PARAFIA, INNE...)	
ILE SZACUNKOWO OSÓB MA BYĆ OBJĘTYCH WSPARCIEM WOLONTARYJNYM?	

<p>PROSZĘ KRÓTKO OPISAĆ W JAKI SPOSÓB MA DZIAŁAĆ WOLONTARIAT (NAJWAŻNIEJSZE ZADANIA)</p>	
<p>PROSZĘ KRÓTKO OPISAĆ MOŻLIWOŚCI I CZYNNIKI, KTÓRE MOGĄ UŁATWIĆ REALIZACJĘ PROJEKTU I ROZWÓJ WOLONTARIATU</p>	
<p>PROSZĘ KRÓTKO OPISAĆ EWENTUALNE UTRUDNIENIA</p>	

.....

data

.....

podpis przełożonego instytucji
zgłaszającej się do projektu

PIECZĘĆ INSTYTUCJI