**Załącznik nr 1**

**INFORMACJA NA TEMAT PROJEKTU**

**UWAGA!** Załącznik przekazywany jest Ministerstwu Zdrowia celem uzyskania akceptacji dofinansowania projektu.

Zwraca się więc uwagę na jego rzetelne, staranne i zgodne z treścią wniosku wypełnienie. Niepodanie precyzyjnych informacji skutkować może wydłużeniem terminu akceptacji wniosków.

|  |  |
| --- | --- |
| **SKRÓCONE INFORMACJE NA TEMAT ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO WNIOSKOWANEGO DO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU ROZWIĄZYWANIA PROBLEMÓW HAZARDOWYCH** | |
| **Pełna nazwa Wnioskodawcy** |  |
| **Dane adresowe siedziby Wnioskodawcy** |  |
| **Numer i nazwa zadania Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020** |  |
| **Numer i nazwa zadania konkursowego** |  |
| **Nazwa własna projektu** |  |
| **Termin realizacji projektu** |  |
| **Informacje na temat projektu** *(krótki opis, cele)* |  |
| **Charakterystyka i liczebność grupy odbiorców** |  |
| **Planowane efekty realizacji projektu** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania** | *(kwota powinna być tożsama z kwotą wskazaną we wniosku)* |
| **Proponowana kwota dofinansowania**  *Uwaga: wypełnia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DZIAŁANIA PROMOCYJNE PODEJMOWANE W RAMACH PROJEKTU** | |
| **Narzędzia, które będą wykorzystywane do realizacji przedsięwzięcia.** | *Należy określić szczegółowe dane na temat formy (np. reklama outdoor, ulotki, plakaty, spoty, gadżety – jakie, itp.), na temat ilości/nakładu.* |
| **Czy w projekcie planowany jest udział mediów?** | *Jeśli tak, wskazać jakich.* |
| **Czy planowany jest udział sponsorów?** | *Jeśli tak, należy wskazać jakich oraz określić zakres sponsoringu.* |
| **Informacja, czy w uroczystości planowany jest udział członka kierownictwa ministerstwa zdrowia.** | *Jeśli tak, wskazać kogo.* |
| **Czy planowane jest wystąpienie  o patronat ministra zdrowia i/lub innej instytucji.** | *W przypadku ubiegania się o patronat ministra zdrowia należy postępować zgodnie z zasadami określonymi na stronie Ministerstwa Zdrowia.* |

…………………………….. ………………………………………

Pieczęć Wnioskodawcy Podpis osoby /osób upoważnionych