**Załącznik nr 1**

**INFORMACJA NA TEMAT PROJEKTU**

**UWAGA!** Zwraca się więc uwagę na rzetelne, staranne i zgodne z treścią wniosku wypełnienie załącznika. Niepodanie precyzyjnych informacji skutkować może wydłużeniem terminu akceptacji ofert.

|  |
| --- |
| **SKRÓCONE INFORMACJE NA TEMAT ZADANIA Z ZAKRESU ZDROWIA PUBLICZNEGO WNIOSKOWANEGO DO DOFINANSOWANIA ZE ŚRODKÓW POZOSTAJĄCYCH W DYSPOZYCJI MINISTRA ZDROWIA** |
| **Pełna nazwa Oferenta** |  |
| **Dane adresowe siedziby Oferenta** |  |
| **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 w ofercie)* |
| **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 Oferenta Podpis osoby /osób upoważnionych