**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO WNIOSKU - INFORMACJA NA TEMAT PROJEKTU**

**UWAGA!** Załącznik przekazywany jest Ministerstwu Zdrowia celem uzyskania akceptacji dofinansowania projektu. Zwraca się uwagę na jego rzetelne, staranne i zgodne z treścią wniosku wypełnienie. Podanie nieprecyzyjnych 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/ Wnioskodawców** |  |
| **Dane adresowe siedziby Wnioskodawcy/ Wnioskodawców** |  |
| **Numer i nazwa zadania konkursowego** |  |
| **Nazwa własna projektu** |  |
| **Termin realizacji projektu** |  |
| **Miejsce realizacji projektu** |  |
| **Informacje na temat projektu***(krótki opis do 3600 znaków, cele, sposób realizacji uwzględniający rodzaje działań oraz ich liczbowe określenie)* |  |
| **Charakterystyka i liczebność grupy odbiorców** |  |
| **Planowane efekty realizacji projektu** |  |
| **Wnioskowana kwota dofinansowania** |  |
| **Proponowana kwota dofinansowania***Uwaga! wypełnia Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii* |  |

|  |
| --- |
| **DZIAŁANIA PROMOCYJNE PODEJMOWANE W RAMACH PROJEKTU** |
| **Narzędzia, które będą wykorzystywane do realizacji projektu.** | *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/ Wnioskodawców Data i podpis osoby /osób upoważnionych