**WNIOSEK O UDZIELENIE PATRONATU HONOROWEGO/NAUKOWEGO INSTYTUTU "POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA"**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane organizatora/organizatorów(Pełna nazwa podmiotu, adres, www) |  |
| Osoba do kontaktu (Imię, nazwisko, telefon, e-mail) |  |
| Osoba do kontaktu jest pracownikiem IPCZD [ ]  |
| Rodzaj patronatu |  |
| Pełna nazwa przedsięwzięcia |  |
| Miejsce (adres)  |  |
| Termin |  |
| Cele przedsięwzięcia |  |
| Adresaci przedsięwzięcia |  |
| Zasięg przedsięwzięcia |  |
| Źródła finansowania przedsięwzięcia |  |
| Czy udział w przedsięwzięciu jest odpłatny |  | Jeśli TAK, w jakiej kwocie:  |
| Organizator wnosi o zwolnienie z opłaty za udzielenie patronatu ☐Uzasadnienie:  |
| Planowane działania promocyjne |  |
| Osoby i instytucje, do których skierowano prośbę o patronat  |  |
| Partnerzy (w tym medialni) |  |
| Sponsorzy przedsięwzięcia |  |
| Inne informacje |  |
| Załączniki: | [ ] Program/harmonogram |
|  | [ ] Regulamin |
|  | [ ] Materiały z poprzednich edycji przedsięwzięcia |
|  | [ ] Inne załączniki: |
|  |  |
| Wyrażam zgodę na objęcie patronatemPodpis Dyrektora IPCZD/Z-cy Dyrektora ds. Nauki |

OBJĘCIE PATRONATEM NIE JEST DEKLARACJĄ UDZIELENIA WSPARCIA FINANSOWEGO LUB ORGANIZACYJNEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA

Wnioskodawca zaświadcza, że zapoznał się z regulaminem udzielania patronatów przez Dyrektora IPCZD i w akceptuje go w całości

………………………………….

Podpis wnioskodawcy