

I. Informacje o wnioskodawcy

1. Pełna nazwa: -----
2. Numer NIP: -----
3. Regon: -----
4. Ulica: -----
5. Numer budynku: -----
6. Numer lokalu: -----
7. Województwo: ----- 8. Powiat: -----
9. Gmina: ----- 10. Miejscowość: -----
11. Kod pocztowy: -----
12. Telefon: -----
13. E-mail: -----
14. Rodzaj wpisu do rejestru organizacji:
15. Nazwa rejestru: -----
16. Organ prowadzący rejestr: -----
17. Numer pozycji z rejestru: -----
18. Data wpisu do rejestru: -----

II. Adres do korespondencji

Adres korespondencyjny jest inny niż adres wnioskodawcy

III. Informacja o osobach podpisujących umowę w imieniu wnioskodawcy

Imię	Nazwisko	Stanowisko	Telefon	Email
-----	-----	-----	-----	-----

IV. Pozostałe

1. Numer konta Bankowego wnioskodawcy: -----
2. Cele statutowe wnioskodawcy:

V. Informacje o projekcie

1. Tytuł projektu: -----
2. Data rozpoczęcia projektu: -----
3. Data zakończenia projektu: -----
4. Województwo:
5. Powiat:
6. Gmina:
7. Miejscowość:
8. Główny cel projektu:

9. Proszę opisać w punktach planowane działania:

10. W jakim stopniu projekt odpowiada na potrzeby i aktywizuje Mamy?

11. Proszę opisać w punktach działania mogące pomóc Mamom w powrocie do aktywności zawodowej:

12. Proszę opisać w punktach w jaki sposób Grantobiorca dotrze z Projektem do potencjalnych uczestniczek i zapewni promocję Projektu:

VI. Liczba osób uczestniczących w projekcie

1. Ogólna liczba osób uczestniczących w projekcie: -----
 2. Liczba Mam uczestniczących w projekcie: -----
 3. Liczba godzin zajęć/warsztatów: -----

VII. Harmonogram prowadzonych warsztatów/zajęć

Nazwa działania	Początek	Koniec
-----	-----	-----

1. Liczba dni trwania projektu: -----

VIII. Budżet projektu

Pozycja	Jednostka	Ilość	Koszt jednostkowy	Suma
-----	-----	-----	-----	-----

Pozycja	Jednostka	Ilość	Koszt jednostkowy	Suma
-----	-----	-----	-----	-----

Pozycja	Jednostka	Ilość	Koszt jednostkowy	Suma
-----	-----	-----	-----	-----

Pozycja	Jednostka	Ilość	Koszt jednostkowy	Suma
-----	-----	-----	-----	-----

Łączna suma wszystkich kosztów:

Rodzaj zaangażowania	Wartość
-----	-----

IX. Dane osób koordynujących projekt

Imię	Nazwisko	Stanowisko	Telefon	Email
-----	-----	-----	-----	-----

X. Oświadczenia

Akceptuję poniższe oświadczenia, które są niezbędne do udziału w programie:

Niniejszym oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych zawartych we wniosku jest Fundacja BGK im. J. K. Steczkowskiego z siedzibą w Warszawie (00-955) przy Alejach Jerozolimskich 7. Oświadczam, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne dla uczestnictwa w programie „Skrzydła dla Mamy”. Zapoznałem się ze wszystkimi informacjami podanymi przez Administratora zgodnie z wymogami Rozporządzenia UE o ochronie danych osobowych 2016/679 (wymienione informacje znajdują się w § 7 Regulaminu konkursu „Skrzydła dla Mamy”).