

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: KRS
 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

1. Ulica: -----
 2. Numer domu: -----
 3. Numer lokalu: -----
 4. Kod pocztowy: -----
 5. Miejscowość: -----
 6. Województwo: -----

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:

 3. Czy w latach 2018/2019 Wnioskodawca otrzymał dofinansowanie z Fundacji BGK:

V. Informacje o projekcie

1. Tytuł projektu: -----

Miejsce realizacji

2. Województwo:
 3. Powiat:
 4. Gmina:
 5. Miejscowość:
 6. Główny cel projektu:

7. Proszę opisać planowane działania:

8. W jakim stopniu projekt odpowiada na potrzeby i aktywizuje Mamy z dziećmi?

9. Opiszcie działania mogące pomóc Mamom w powrocie do aktywności zawodowej:

10. Jak dotrzeć do uczestników?

11. Czy projekt będzie promowany i w jaki sposób?

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 projektu

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

VIII. Budżet projektu

Koszty osobowe

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

Koszty rzeczowe

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

Koszty wynajmu sali

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

Koszty administracyjne

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

Łączna suma
wszystkich kosztów:

Szacunkowa wartość zaangażowania wkładu własnego pozafinansowego/finansowego

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

IX Dane osób koordynujących projekt

Wzrost dane osoby rejestrującej ten 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”).

WZÓR