**Z G Ł O S Z E N I E UDZIAŁU**

**Zgłaszam/ y chęć udziału naszej instytucji / organizacji w obchodach Światowego Dnia Choroby Alzheimera w dniu 20 września 2015 r. na terenie Osiedla Jazdów w Warszawie**

|  |
| --- |
| **NAZWA ZGŁASZANEJ INSTYTUCJI / ORGANIZACJI / OSOBA PRYWATNA \*:** |
| **ADRES ZGŁASZANEJ INSTYTUCJI / ORGANIZACJI / OSOBA PRYWATNA \*:**  ul.  miejscowość i kod pocztowy: |
| **OSOBA DO KONTAKTU:**  Imię i nazwisko:  Telefon komórkowy: Adres e-mail: |
| **OFERTA INSTYTUCJI / ORGANIZACJI / OSOBY PRYWATNEJ \*:**  Jaki rodzaj/sposób prezentacji proponują Państwo podczas obchodów? *– należy zaznaczyć właściwy kwadrat -***□**  **□ MINI-SCENA -** prezentacja/wykład\* dla uczestników obchodów z obszaru choroby Alzheimera.  Tematyka: …………………………………………………………………..........................................................  ………………………………………………………………………………………………………………...............  …………………………………………………………………………………………………………………...........  przewidywany czas trwania (w minutach) :……………………………………………  Indywidualne konsultacje ze słuchaczami po występie TAK NIE (proszę podkreślić właściwe)  **□ ORGANIZACJA ZAJĘĆ KREATYWNYCH / ZAJĘĆ, GIER RUCHOWYCH / REKREACYJNYCH**  a) jakie? ……………………………………………………………………………………………………............... ………………………………………………………………………………………………………..........................  b) przewidywany czas trwania (w minutach) :……………………………………………  **□ INNE PROPOZYCJE:**  a) jakie? ……………………………………………………………………………………………………...……………….....  ……………………………………………………………………………………………………...……………….....  b) przewidywany czas trwania (w minutach)…………………….…............................ |

**\*niepotrzebne skreślić**

\*\* **Dodatkowe uwagi dla organizatora:** ……………………………………………………………………………………………………...……………….....

……………………………………………………………………………………………………...……………….....

Szczegółowych informacji udzieli, na wszelkie pytania odpowie: Monika Brzozowska

tel. +48 22 635 13 64, +48 501 138 513, e-mail, mbrzozowska@malibracia.org.pl