**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