Asociace inovativního farmaceutického průmyslu

Nezávislý program rozvoje pacientských organizací 2013 – 2014

PŘIHLAŠOVACÍ FORMULÁŘ

1. Základní údaje o zájemci – pacientské organizaci

Kompletní název pacientské organizace:	
IČ organizace:	
Web organizace:	
Adresa sídla:	
Korespondenční adresa:	
Jméno statutárního zástupce:	
Kontaktní telefon:	
Kontaktní E-mail:	

Kdo je zřizovatelem, tj. kým byla Vaše organizace založena?

- ◯ **Samotnými pacienty**
- ◯ **Někým jiným** (napište prosím přesně kým – název, adresa, webová stránka:)

Funguje Vaše organizace výhradně na principu dobrovolnosti, nebo má vlastní „profesionální“ zaměstnance?

- ◯ **Jen dobrovolníci**
- ◯ **Také zaměstnanci** (napište prosím počet zaměstnanců + druh jejich pracovního poměru – HPP, VPP, Dohoda o provedení práce - DPP)

PŘIHLAŠOVACÍ FORMULÁŘ

2. Činnost pacientské organizace - informace o zájemci

Popište prosím stručně své zaměření a aktivity. Tj. jakou činností se zabýváte, pro jakou skupinu pacientů, jaké projekty pravidelně realizujete apod. (max. 3000 znaků včetně mezer - omezeno)

3. Motivační dopis

Napište prosím stručně, proč se rozvojového projektu Akademie AIFP chcete účastnit a co si od účasti v programu slibujete (max. 3000 znaků včetně mezer - omezeno)

Přihlášku vyplnil dne **2013**

Jméno:	
Pozice v organizaci:	
GSM telefon:	
E-mail:	

Zájemce prohlašuje, že všechny uvedené údaje odpovídají skutečnosti.

☐ **Ano**

Vaše případné dotazy k projektu a přihlášce případně zodpoví manažer projektu Michal Bernard, a to e-mailem na adrese michal.bernard@aifp.cz, nebo telefonicky, na GSM čísle 736 609 021.