



Formularz zgłoszeniowy na cykl szkoleniowy „Razem do Samodzielności”

w ramach projektu Centrum Wspierania Organizacji Pozarządowych z terenu aglomeracji
wrocławskiej "SEKTOR 3"

Imię i nazwisko uczestnika		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Gmina zamieszkania		
Jestem osobą pow. 50 r. ż.	Tak	Nie

Proszę zaznaczyć jedną z możliwości:

☐ Chcę założyć organizację pozarządową.

☐ Należę do organizacji pozarządowej:

Pełna nazwa organizacji	
Data rejestracji	
Gmina	
Jaką funkcję sprawujesz w organizacji ?	

