Zał. Nr 1 



**FORMULARZ WNIOSKU O DOFINANSOWANIE   
Z BUDŻETU ZACHODNIOPOMORSKIEJ OFFENSYWY TEATRALNEJ W RAMACH PROGRAMU ZOT WSPIERA I POBUDZA DO DZIAŁANIA**

**1.Dane Uczestnika/Uczestniczki (Imię i nazwisko, pełna nazwa teatru lub organizacji, forma prawna i adres)**

|  |
| --- |
|  |

**1.Informacje o Uczestniku/Uczestniczce (biogram, działalność, przeprowadzone podobne działania, ew. opis grupy nieformalnej)**

|  |
| --- |
|  |

**3.Informacje o inicjatywie**

|  |
| --- |
| 1. Tytuł inicjatywy. |
|  |
| 2. Czas i miejsce realizacji. |
|  |
| 3. Opis planowanej inicjatywy. |
| 4. Dane (imię nazwisko lub nazwa, adres, NIP lub PESEL) osoby odpowiedzialnej za realizację Inicjatywy w przypadku gdy Uczestnikiem jest grupa nieformalna |
|  |

**4.Jakie cele i wartości promuje inicjatywa (w tym cele i wartości Zachodniopomorskiej OFFensywy Teatralnej)?**

|  |
| --- |
|  |

………………………………………………………………….……………………….  
 podpis/y Uczestnika(ów)/Uczestniczki(ek) / osoby odpowiedzialnej

**Zał. Nr 2**



**Preliminarz kosztów**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Koszt** | **Jednostka miary** | **Ilość** | **Cena jednostkowa** | **Wartość** |
| *1.* |  |  |  |  |  |
| *...* |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | | |  |

………………………………………………………………….……………………….  
 podpis/y wnioskodawcy/ realizatora