

## Formulário de inscrição 2025 - Projetos Associações de Pacientes

<p><b>Sobre a organização:</b>  <i>(nome organização; nome do responsável legal e cargo; e-mail, endereço; telefone; CNPJ; logotipo organização)</i></p>					
<p><b>Membros da organização</b> <i>(que constam em estatuto e ata)</i></p>	<p><b>Nome dos membros</b></p>	<p><b>Formação</b></p>	<p><b>Cargo que exerce na organização</b></p>	<p><b>Cargo que exerce fora da organização e local</b>  <i>(Ex: professor na Escola Santa Francisca)</i></p>	<p><b>Exerce alguma função em órgãos governamentais? Se sim, qual?</b></p>
<p><b>Nome do projeto:</b></p>					
<p><b>Escopo do projeto:</b></p>					
<p><b>Objetivos</b> <i>(geral e específicos):</i></p>					
<p><b>Público-alvo:</b></p>					
<p><b>Estimativa de público impactado pelo projeto:</b>  <i>(número de pessoas)</i></p>					
<p><b>Período de execução:</b>  <i>(data início e data fim)</i></p>					
<p><b>Cronograma:</b></p>					
<p><b>Formato do projeto:</b>  <i>(presencial/virtual/híbrido)</i></p>					
<p><b>Local do projeto:</b>  <i>(cidade, estado, local – exemplo: nome do hotel)</i>  <i>* importante que não seja nenhum local voltado para entretenimento</i></p>					
<p><b>Planejamento financeiro</b>  <i>(orçamento detalhado e valor total do projeto)</i></p>					
<p><b>Valor solicitado à Pfizer:</b></p>					
<p><b>Contrapartidas:</b></p>					

- Formulário sugerido pela área de Patient Advocacy - Pfizer Brasil
- Este formulário é um guia para compartilhar todas as informações necessárias sobre o projeto.
- Não há limite de caracteres.

Outros apoiadores confirmados:	
Data:	
Assinatura e cargo do responsável legal:	

- Formulário sugerido pela área de Patient Advocacy - Pfizer Brasil
- Este formulário é um guia para compartilhar todas as informações necessárias sobre o projeto.
- Não há limite de caracteres.