

Formulário de inscrição 2024 - Projetos Associações de Pacientes

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