

**Заявка на участь в семінарі**

|  |  |
| --- | --- |
| П.І.Б. КЕРІВНИКА |  |
| НАЗВА ОРГАНІЗАЦИІ |  |
| АДРЕСА ОРГАНІЗАЦІЇ |  |
| КОНТАКНІ ДАННІ: E-MAIL:МОБ.ТЕЛЕФОНИ: |  |
|  |
|  |
| ТИПИ ДІЯЛЬНОСТІ ВАШОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ:  |  |
| ЧОМУ ВИРІШИЛИ ПРИЙНЯТИ УЧАСТЬ В ПРОЕКТІ? |  |
| ЧИ ЗНАЙОМИ ВИ З ДІЯЛЬНІСТЮ ДОНЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО ДИТЯЧО-МОЛОДІЖНОГО ЦЕНТРУ? (ЯКЩО ТАК,ТО В ЯКИХ ПРОЕКТАХ БРАЛИ УЧАСТЬ?) |  |