



## Wniosek o dofinansowanie projektu w ramach *PTSF Grants*

### 1. Informacje podstawowe

|                      |                                                |
|----------------------|------------------------------------------------|
| Nazwa projektu       | [Nazwa]                                        |
| Lider Projektu       | [Imię i nazwisko]                              |
| Termin realizacji    | [Daty]                                         |
| Rok akademicki       | [RRRR/RRRR]                                    |
| Kwota dofinansowania | [kwota PLN]                                    |
| Kosztorys            | [link do arkusza kalkulacyjnego lub załącznik] |

### 2. Projekt

|                                                |
|------------------------------------------------|
| Opis projektu wraz z oczekiwanym rezultatem    |
|                                                |
|                                                |
|                                                |
| Etapy realizacji projektu wraz z harmonogramem |
|                                                |
|                                                |
|                                                |
| Grupa docelowa                                 |
|                                                |
|                                                |
|                                                |





Opis i plan ewaluacji projektu

3. Uczestnicy projektu

| Lider Projektu  |  |
|-----------------|--|
| Imię i nazwisko |  |
| Oddział PTSF    |  |
| Rok studiów     |  |
| Adres e-mail    |  |
| Tel. kontaktowy |  |

| Lista członków zespołu projektowego |                 |                        |                    |
|-------------------------------------|-----------------|------------------------|--------------------|
|                                     | Imię i nazwisko | Organizacja/jednostka* | Dyscyplina naukowa |
| 1                                   |                 |                        |                    |
| 2                                   |                 |                        |                    |
| 3                                   |                 |                        |                    |
| 4                                   |                 |                        |                    |
| 5                                   |                 |                        |                    |

\*należy wskazać organizację/jednostkę współpracującą lub jej brak

4. Opinie

Opinia Przewodniczącego/Przewodniczącej Oddziału lub  
Przewodniczącego/Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej Oddziału dotycząca projektu\*



[kontakt@ptsf.pl](mailto:kontakt@ptsf.pl)



[www.facebook.com/ptsf.online](https://www.facebook.com/ptsf.online)



Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji  
ul. Banacha 1  
02-097 Warszawa



*\*Niepotrzebne skreślić.*

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem "PTSF Grants", w tym:

- powinnością cyklicznej sprawozdawczości przed Komisją;
- bieżącego prowadzenia dokumentacji projektu, w szczególności dowodów księgowych;
- koniecznością zwrotu kwoty równej wysokości kosztów pokrytych przez PTSF na realizację projektu, na podstawie przedstawionych dowodów księgowych w terminie 14 dni od dnia zakończenia projektu w sytuacji gdy projekt zostanie uznany za niezrealizowany;

Na podstawie §2 ust.2 w oparciu o wyżej przedstawione informacje, wnioskuję o [kwota] dofinansowania w celu realizacji projektu.

---

**Podpis Lidera Projektu**



kontakt@ptsf.pl



[www.facebook.com/ptsf.online](https://www.facebook.com/ptsf.online)



Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji  
ul. Banacha 1  
02-097 Warszawa