**Formularz przystąpienia do Małopolskiego Partnerstwa na rzecz Osób Młodych**

|  |  |
| --- | --- |
| Instytucja – pełna nazwa |  |
| Adres |  |
| Telefon |  |
| e-mail /strona WWW |  |
| Osoba reprezentująca instytucję |  |
| Forma prawna |  |
| Osoba do kontaktu – osoba, która będzie bezpośrednio zaangażowana w działania podejmowane w ramach Małopolskiego Partnerstwa na rzecz Osób Młodych |  |
| Uzasadnienie zgłoszenia |  |
| Data i podpis osoby uprawnionej |  |