



Formulário de Patrocínio

Preencha as opções de acordo com a finalidade do seu projeto em parceria com a Unimed Divinópolis

Empresa / PF realizadora do projeto/evento

Nome da empresa / PF: _____ CNPJ / CPF: _____

Nome da responsável: _____ CPF: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ E-mail: _____

Você / Sua empresa é cliente Unimed?

() SIM () NÃO

Selecione uma opção para o segmento do projeto

() Incentivo ao esporte () Incentivo aos hábitos saudáveis

() Incentivo à cultura () Eventos de caráter técnico e científico

() OUTRO (Selecione este item caso o projeto não se enquadre em nenhuma das opções anteriores)

Qual? _____

Dados do Projeto

Nome: _____

Descrição: _____

Objetivo: _____

Data de início: ____/____/____ Data de término: ____/____/____

Em que consiste o projeto: _____

Local do projeto: _____

Valor total do projeto: R\$ _____ Valor total do patrocínio solicitado: R\$ _____

Estimativa de público (visitante, expositor, participante): _____

Divulgação do projeto/evento:

*Onde o projeto será divulgado antes da data de acontecimento:

() TV () Rádio () Revista () Jornal () Mídia Eletrônica () Outdoor () Busdoor () SMS

() Front Light () Cartaz () Folder () Banners () Assessoria de Imprensa () Mala Direta

Outros: _____

Contrapartidas contratuais:

Benefícios oferecidos em contrapartida da proposta:

Possibilidade de ação promocional do parceiro no local:

O que te motivou a entrar em contato com a gente?

Por que escolher a Unimed Divinópolis para patrocinar o seu evento/projeto?

Há necessidade de solicitação de ambulância no dia do evento?

() SIM () NÃO

Se a resposta anterior for positiva, qual a urgência para utilização no evento?

Assinatura do requisitante:

Responsável pela Solicitação de Patrocínio

Divinópolis/MG, _____ de _____ de 20____