

KARTA WSPÓŁPRACY

Pełna nazwa organizacji:		
Pieczęć organizacji:	Dane teleadresowe organizacji:	
	Tel:Fax:.....	
	E-mail.....	
	Strona www organizacji:	
Adres siedziby:		Adres korespondencyjny:
Numer KRS lub innego rejestru:	Data rejestracji:	Zasięg działania:
Funkcja, imię i nazwisko osoby kierującej organizacją:		Telefon osoby kierującej organizacją: ☐ tylko do wiadomości Starostwa Powiatowego w Ełku ☐ wyrażam zgodę na udostępnianie powyższego nr tel. osobom zainteresowanym
Status prawny organizacji: ☐ stowarzyszenie ☐ fundacja ☐ stowarzyszenie kultury fizycznej ☐ osoba prawna lub jednostka organizacyjna kościołów lub związków wyznaniowych ☐ inny (prosimy uzupełnić):		
Status organizacji pożytku publicznego: ☐ posiada ☐ nie posiada Nr KRS: _____		
Podstawy zakresu działalności statutowej (prosimy o zaznaczenie maksymalnie trzech najważniejszych): ☐ upowszechnienie turystyki ☐ oświata i wychowanie ☐ ochrona i promocja zdrowia ☐ polityka społeczna ☐ ekologia i ochrona dziedzictwa przyrodniczego ☐ kultura, sztuka, ochrona dóbr kultury i tradycji ☐ upowszechnianie kultury fizycznej		
Poniższym podpisem wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby współpracy samorządu z sektorem pozarządowym zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. Nr 133 poz. 883.		
Data wypełnienia:		Podpis osoby kierującej organizacją: