|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pełna nazwa organizacji: | | | |
| Pieczęć organizacji: | | Dane teleadresowe organizacji: Tel: ...........................................................................  Fax: ...................................................................... | |
| 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 | | | |
| *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: |