

OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO



.....
Data i miejsce złożenia oferty
(wypełnia organ administracji publicznej)

OFERTA

ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ, O KTÓREJ MOWA W ART. 3
UST. 3 USTAWY Z DNIA 24 KWIETNIA 2003 r. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO
I O WOLONTARIACIE (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536)¹⁾,
REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

Nauka, szkolnictwo wyższe, edukacja, oświata i wychowanie
- zgodnie z art. 4 ust.1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności
pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234 poz. 1536 z późn. zm.)

.....
(rodzaj zadania publicznego²⁾)

Przeprowadzenie konkursów o charakterze edukacyjnym
i wychowawczym dla dzieci i młodzieży podczas kampanii

„Pola Nadziei 2016”

.....
(tytuł zadania publicznego)

w okresie

od **10 m a r c a 2016** do **08 czerwca 2016**

W FORMIE

WSPIERANIA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO¹⁾

PRZEZ

BURMISTRZA MIASTA DĘBICA

(organ administracji publicznej)

składana na podstawie przepisów działu II rozdziału 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

I. Dane oferenta ³⁾

1) nazwa: **STOWARZYSZENIE DĘBICKIE HOSPICJUM DOMOWE im. Jana Pawła II**

2) forma prawna:⁴⁾

- stowarzyszenie () fundacja
() kościelna osoba prawna () kościelna jednostka organizacyjna
() spółdzielnia socjalna () inna.....

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym, w innym rejestrze lub ewidencji:⁵⁾

0000264643

4) data wpisu, rejestracji lub utworzenia:⁶⁾ **06.10.2006 r.**

5) nr NIP: **872 22 77 525** nr REGON: **180171667**

6) adres:

miejsowość: **Dębica** ul.: **Mickiewicza 2**

gmina: **miasto Dębica** powiat:⁸⁾ **dębicki**

województwo: **podkarpackie**

kod pocztowy: **39-200** poczta: **Dębica**

7) tel.: 507 506 808 Faks:

e-mail: **hospicjum.debica@op.pl** **[http:// www.hospicjum.debica.net.pl](http://www.hospicjum.debica.net.pl)**

8) numer rachunku bankowego: **82 1500 1100 1211 0005 1931 0000**

nazwa banku: **Kredyt Bank o/Dębica**

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta/offerentów¹⁾:

a) **KRYSTYNA WOLSKA**

b) **HALINA DZIEWULAK**

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki organizacyjnej bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie:⁹⁾

STOWARZYSZENIE DĘBICKIE HOSPICJUM DOMOWE IM. JANA PAWŁA II;

39-200 DĘBICA, UL. MICKIEWICZA 2; tel. 507 506 808

11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

HALINA DZIEWULAK; tel. 517 217 367

