

Wpłynęło dnia

L.dz. zał.

ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ Z SAMORZĄDEM POWIATOWYM

NA 2010 ROK

Niniejszym deklaruje chęć współpracy z Samorządem Powiatowym w 2010 r. przy realizacji zadań publicznych.

Dane organizacji pozarządowej / podmiotu / jednostki organizacyjnej *

1. Pełna nazwa *Polskie Towarzystwo Działalności Zdrowotnej Oddział Terenowy w Olsztynie -*
2. Forma prawna *STOWARZYSZENIE*
3. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze *000014636 z dn. 21.06.200*
4. Data wpisu lub rejestracji *20.04.1995r.*
5. NIP *739-31-71-008* REGON *012031576*
6. Inne dane ewidencyjne
7. Dokładny adres *Olsztyn ul. Żołnierska 16 10-561 Olsztyn*
8. Telefon *89-527-99-24* fax *89-527-99-24*
9. E-mail *opziort@samopid.olsztyn.pl* http://
10. Osoby statutowo upoważnione do reprezentowania organizacji pozarządowej / podmiotu / jednostki organizacyjnej * *Marie Leokajtis, Wiesława Konejwo, Elżbieta Michalek*
11. Deklarowane formy współpracy:

1. konkurs wiedzy w zakresie Programu Opracowanie Zdrowotnych Kierunków Działalności w Polsce (dla szkół średnich) - maj 2010r. (1500zł) nagrody
- 1) konkurs wiedzy w zakresie Profilaktyki HIV/AIDS dla uczniów szkół średnich - grudzień 2010 (1000zł) nagrody

Podpis osoby składającej deklarację *Beata Rapacha* tel. *(506 153 583)*

* niepotrzebne skreślić (organizacja pozarządowa, podmiot, jednostka organizacyjna określona na podstawie art. 3 ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie - Dz.U. nr 96 poz. 873 z późn. zm.)