

ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY DLA DZIECI
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa
Wierzbice Wrocławskie, ul. Lipowa 44
55-040 Kobierzyce, tel./fax 071-390-88-32

REGON 040030719-00033
NIP 897-11-79-649
(pieczęć organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/jednostki organizacyjnej*)
Referat Edukacji, Kultury i Sportu

Wpł. 02.12.2010

L. dz. 1301/10

Podpis: *Wojciech*

Kobierzyce, dnia 01.12.2010r.

(data i miejsce złożenia oferty)

URZĄD GMINY KOBIERZYCE	
W PŁYNEŁO	
<i>W. Wilisowski</i>	
01.12.2010	
L. dz. 14101/10	godz. _____
Podpis: <i>[signature]</i>	_____
Zał. _____	_____

OFERTA

**ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ*/ PODMIOTU*/JEDNOSTKI
ORGANIZACYJNEJ***

REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

Organizacja warsztatów plastycznych dla dzieci z terenu Gminy Kobierzyce
(rodzaj zadania)

w okresie od **10 grudnia 2010r.** do **31 grudnia 2010r.**

składana na podstawie przepisów działu II
rozdziału 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie
(Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.)

**W FORMIE
POWIERZENIA WYKONYWANIA ZADANIA*
WSPIERANIA WYKONANIA ZADANIA***

PRZEZ

..... **GMINĘ KOBIERZYCE**.....
(nazwa organu zlecającego)

WRAZ Z
**WNIOSEM O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
W KWOCIE3.000,00 zł.....**

**I. Dane na temat organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/ jednostki organizacyjnej***

- 1) pełna nazwa **ZAKŁAD OPIEKUŃCZO – LECZNICZY dla DZIECI** prowadzony przez **Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa**
- 2) forma prawna **niepubliczny zakład opieki zdrowotnej**
- 3) numer w ~~Krajowym Rejestrze Sądowym~~ lub w innym rejestrze* **Księga rejestrowa zakładu opieki zdrowotnej Nr 02 – 00103**
- 4) data wpisu, rejestracji lub utworzenia **03.09.1993r.**
- 5) nr NIP **897 – 11 – 79 – 649** nr REGON **040030719 – 00033**
- 6) dokładny adres: miejscowość **WIERZBICE** ul. **LIPOWA 44**
gmina **Kobierzyce** powiat **Wrocław** województwo **Dolnośląskie**
- 7) tel. **071 390 88 32** faks **071 390 88 32**
e-mail: **zolwierzbice@interia.pl** http://
- 8) nazwa banku i numer rachunku **PKO BP IV O/WROCŁAW**
..... **62 1020 5242 0000 2302 0029 1559**
- 9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie zadania publicznego
DYREKTOR ZAKŁADU – S. AGNIESZKA PERZ
- 10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym mowa w ofercie
j. w. tel. 071 390 88 32
- 11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego) **S. AGNIESZKA PERZ**
- 12) przedmiot działalności statutowej:

a) działalność statutowa nieodpłatna
Celem Zakładu jest objęcie całkowitą opieką dzieci niepełnosprawne w wieku od 1 – 18 lat, z możliwością przedłużenia pobytu do ukończenia liceum. Do zadań zakładu należy: rehabilitacja lecznicza, leczenie i prowadzenie działalności opiekuńczej; pielęgnacja i opieka nad dziećmi niepełnosprawnymi; prowadzenie terapii zajęciowej. Ponadto Zakład zapewnia dzieciom naukę szkolną na miejscu w zakresie szkoły podstawowej, gimnazjum i liceum.
b) działalność statutowa odpłatna
Zakład nie prowadzi żadnej działalności gospodarczej.

- 13) jeżeli organizacja pozarządowa*/ podmiot*/ jednostka organizacyjna* prowadzi działalność gospodarczą:
 - a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców,
 - b) przedmiot działalności gospodarczej

II. Opis zadania

1. Nazwa zadania

Organizacja warsztatów plastycznych dla dzieci z terenu Gminy Kobierzyce

2. Miejsce wykonywania zadania

**Zakład Opiekuńczo – Lecznicy dla Dzieci
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa w Wierzbicach**

3. Cel zadania

Wykonanie kartek świątecznych i noworocznych

4. Szczegółowy opis zadania /spójny z kosztorysem/

**Zakupienie materiałów papierniczych / brystol, papier kolorowy samoprzylepny, kalka techniczna, papier kolorowy, kolorowe wstążeczki, obrazki świąteczne, ołówki, nożyczki, taśma dwustronna, tusz, wyciskacze, pistolety do kleju na gorąco i klej, ozdoby do kartek, kolorowe spray, brokaty klejowe, stemple silikonowe do kartek, tusze, pudry, maszynka do robienia kartek.
Z zakupionego materiału będą wykonane kartki świąteczne.**

5. Harmonogram planowanych działań (z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia) wraz z liczbowym określeniem skali działań planowanych przy realizacji zadania (należy użyć miar adekwatnych dla danego zadania, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba adresatów)

Będzie wykonane około 350 kartek świątecznych i noworocznych.

6. Zakładane rezultaty realizacji zadania

Realizacja tego zadania przyczyni się do dowartościowania pracy osób niepełnosprawnych, rozwinięcia zainteresowań plastycznych, usprawnienia manualnego.

III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Całkowity koszt zadania: **3.100,00 zł.**

2. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów (koszty merytoryczne i administracyjne związane z realizacją zadania)	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	Z tego z wnioskowanej dotacji (w zł)	Z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł oraz wpłat i opłat adresatów (w zł)*
1.	Zakup materiałów				3.100,00	3.000,00	100,00
Ogółem					3.100,00	3.000,00	100,00

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Przewidywane źródła finansowania zadania:

1.

Źródło finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji	3.000,00	96,77%
Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów*	100,00	3,23%
(z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania zł)	-	
Ogółem	3.100,00	100%

2. Informacja o uzyskanych przez organizację od sponsorów środkach prywatnych lub publicznych, których kwota została uwzględniona w ramach środków własnych.*

--

3. Rzeczowy (np. lokal, sprzęt, materiały) oraz osobowy (np. wolontariusze) wkład własny w realizację zadania z orientacyjną wyceną.

Kartki będą wykonywane przez dzieci w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Wierzbicach, pod opieką wychowawców.
--

Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności naszej organizacji pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*,
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie*/ niepobieranie* opłat od adresatów zadania,
- 3) organizacja pozarządowa*/ podmiot*/ jednostka organizacyjna* jest związana(-ny) niniejszą ofertą przez okres do dnia,
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY DLA DZIECI
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Sw. Józefa
Wierzbie Wrocławskie, ul. Lipowa 44
55-040 Kobierzyce, tel./fax 071-390-88-32

REGON 040030719-00033
(pieczęć organizacji, pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*)

DYREKTOR ZAKŁADU

A. Perz Agnieszka
s. Agnieszka Perz

.....
(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*)

Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe (bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa) za ostatni rok.*
3. Umowa partnerska lub oświadczenie partnera (w przypadku wskazania w pkt V.1. partnera).*
4.
5.

Poświadczenie złożenia oferty

--	--

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

--	--

* Niepotrzebne skreślić.

Oświadczam(-my), że:

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności naszej organizacji pozarządowej*/ podmiotu*/jednostki organizacyjnej*,
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie*/niepobieranie* opłat od adresatów zadania,
- 3) organizacja pozarządowa*/ podmiot*/ jednostka organizacyjna* jest związana(-ny) niniejszą ofertą przez okres do dnia
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

ZAKŁAD OPIEKUNICZO-LECZNICZY DLA DZIECI
prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Św. Józefa
Wierzbice Wrocławskie, ul. Lipowa 44
55-040 Kobierzyce, tel./fax 071-390-88-32
REGON 040030719-00033
NIP 227.11.70-640

(pieczęć organizacji pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*)

DYREKTOR ZAKŁADU

s. Agnieszka Perz

s. Agnieszka Perz

.....
(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*)

Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe (bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa) za ostatni rok.*
3. Umowa partnerska lub oświadczenie partnera (w przypadku wskazania w pkt V.1. partnera).*
4.
5.

Poświadczenie złożenia oferty

--	--

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

--	--

* Niepotrzebne skreślić.