

## DEKLARACJA WSPÓŁPRACY

### organizacji pozarządowych działających na terenie Powiatu Skarżyskiego

Niniejszym deklaruje chęć współpracy z Powiatem Skarżyskim.

#### I. Dane organizacji:

- 1) Pełna nazwa .....
- 2) Forma prawna.....
- 3) Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze .....
- 4) Data wpisu lub rejestracji .....
- 5) NIP ..... REGON .....
- 6) Inne dane ewidencyjne .....
- 7) Dokładny adres .....
- 8) Telefon ..... fax .....
- 9) E-mail ..... http:// .....
- 10) Osoby statutowo upoważnione do reprezentowania organizacji pozarządowej  
.....  
.....  
.....

#### II. Zakres działalności organizacji (cele statutowe):

- .....
- .....
- .....
- .....

#### III. Dotychczasowe doświadczenie i osiągnięcia organizacji:

- .....

- .....
- .....
- .....
- .....

**IV. Jednocześnie proponuję następujące formy współpracy z Powiatem Skarżyskim:**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

.....  
Podpis i pieczęć osoby  
składającej deklarację