

ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO
PRZYJACIOŁ CHORYCH
„Hospicjum Domowe”
im. Św. Pawła
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26
NIP 9291721587, KRS 0000009290

Zielona Góra, dn. 20.09.2013r.

Zarząd Powiatu Świebodzińskiego

Na podstawie art. 19a ustawy z dnia 24 kwietnia 2003r. o działalności
pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2010r. nr 234 poz.1536 ze zm.)
proszę o zlecenie realizacji zadania publicznego **„Opieka nad chorymi
onkologicznie mieszkańcami powiatu świebodzińskiego oraz pomoc ich
rodzinom”** z pominięciem otwartego konkursu ofert.

W załączeniu oferta realizacji zadania.

P R E Z E S

mgr Anna Kwiatek

SKARBNIK

Kulewicz
Maria Kulewicz

STAROSTWO POWIATOWE
w Świebodzinie
WPLYNĘŁO

dnia 24. 09. 2013

L. dz.
Zat. -3 -

OFERTA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

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

OFERTA/

ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ(-YCH)/PODMIOTU(-ÓW), O KTÓRYM(-YCH) MOWA W ART. 3
UST. 3 USTAWY Z DNIA 24 KWIEŚNIA 2003 r. O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO
I O WOLONTARIACIE (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536)1),
REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO

DZIAŁALNOŚĆ CHARYTATYWNA
(rodzaj zadania publicznego²⁾)

**OPIEKA NAD CHORYMI ONKOLOGICZNIE MIESZKAŃCAMI POWIATU
ŚWIEBODZIŃSKIEGO ORAZ POMOC ICH RODZINOM**

(tytuł zadania publicznego)

w okresie od 30.09.2013r. do 30.11.2013r.

W FORMIE
POWIERZENIE/WSPIERANIA REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO
PRZEZ

ZARZĄD POWIATU ŚWIEBODZIŃSKIEGO
(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/oferentów ^{1), 3)}

1) nazwa: **Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe im. św. Pawła**

2) forma prawna: ⁴⁾

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> stowarzyszenie | <input type="checkbox"/> fundacja |
| <input type="checkbox"/> kościelna osoba prawna | <input type="checkbox"/> kościelna jednostka organizacyjna |
| <input type="checkbox"/> spółdzielnia socjalna | <input type="checkbox"/> inna..... |

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

0000009290

4) data wpisu, rejestracji lub utworzenia: ⁶⁾ **27.04.2001**

5) nr NIP: **929 17 21 587** nr REGON: **970566762**

6) adres:

miejsowość: **Zielona Góra, ul.: Zyty 26**

dzielnica lub inna jednostka pomocnicza: ⁷⁾

gmina: **Zielona Góra** powiat: ⁸⁾ **Zielona Góra**

województwo: **Lubuskie**

kod pocztowy: **65-046** poczta: **Zielona Góra**

7) tel.: **68 325 43 33**

faks: **68 325 43 33**

e-mail: hospicjumzg@interia.pl [http:// hospicjum.ziemialubuska.pl](http://hospicjum.ziemialubuska.pl)

8) numer rachunku bankowego: **27 1240 6843 1111 0000 4987 9241**

nazwa banku: **Bank Polska Kasa Opieki S.A. Oddział w Zielonej Górze**

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentowania oferenta/oferentów ¹⁾:

a) Anna Kwiatek - prezes

b) Gabryela Ladaczyńska - sekretarz

c) Elżbieta Dowhań – z-ca prezesa

d) Beata Bernaciak – członek

e) Maria Kulewicz- skarbnik

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

nie dotyczy

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

Beata Bernaciak 68 325 43 33

12) przedmiot działalności pożytku publicznego:

a) działalność nieodpłatna pożytku publicznego

Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe im. św. Pawła:

- promuje i realizuje opiekę hospicyjną
- zbiera środki finansowe na realizację celów Towarzystwa
- propaguje ideę i metody opieki nad ludźmi ciężko chorymi, zwłaszcza na nowotwory złośliwe, znajdujące się w ostatnim okresie życia
- organizuje propagandę swej działalności statutowej
- współpracuje z władzami publicznymi i innymi instytucjami służby zdrowia i opieki społecznej w zakresie leczenia i opieki chorych
- współpracuje z krajowymi i zagranicznymi organizacjami o podobnych lub zbliżonym zakresie działania
- prowadzi szkolenie wolontariuszy

b) działalność odpłatna pożytku publicznego

Działalność stowarzyszenia we wszystkich dziedzinach prowadzona jest nieodpłatnie.

13) jeżeli oferent/oferenci 1) prowadzi/prowadzą 1) działalność gospodarczą:

a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców : **nie dotyczy**

b) przedmiot działalności gospodarczej

Nie dotyczy

II. Informacja o sposobie reprezentacji oferentów wobec organu administracji publicznej wraz z przytoczeniem podstawy prawnej¹⁰⁾

Oświadczenia woli Towarzystwa w zakresie praw majątkowych składane są na piśmie za podpisami Prezesa lub Wiceprezesa oraz Skarbnika lub upoważnionego przez Zarząd Członka Zarządu.

III. Szczegółowy zakres rzeczowy zadania publicznego proponowanego do realizacji

1. Krótka charakterystyka zadania publicznego

Opieka paliatywna i hospicyjna to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby.

2. Opis potrzeb wskazujących na konieczność wykonania zadania publicznego, opis ich przyczyn oraz skutków

Okres schyłkowy choroby (terminalny) – jest to ostatni okres życia chorego, w którym pomimo leczenia i prawidłowej opieki chory szybko staje się zależny od otoczenia i dochodzi do postępującej niewydolności niezbędnych do życia narządów. W tym okresie największą potrzebą jest zapewnienie choremu w warunkach domowych specjalistycznego leczenia objawowego oraz profesjonalnej pielęgnacji, ale również podstawowych materiałów opatrunkowych i higienicznych.

3. Opis grup adresatów zadania publicznego

Osoby nieuleczalnie chore oraz ich rodziny z powiatu świebodzińskiego (ok. 40 rodzin w ciągu roku).

4. Uzasadnienie potrzeby dofinansowania z dotacji inwestycji związanych z realizacją zadania publicznego, w szczególności ze wskazaniem, w jaki sposób przyczyni się to do podwyższenia standardu realizacji zadania ¹¹⁾

Nie dotyczy

5. Informacja, czy w ciągu ostatnich 5 lat oferent/ofereceni ¹⁾ otrzymał/otrzymali ¹⁾ dotację na dofinansowanie inwestycji związanych z realizacją zadania publicznego z podaniem inwestycji, które zostały dofinansowane, organu, który udzielił dofinansowania, oraz daty otrzymania dotacji ¹¹⁾

Nie dotyczy

6. Zakładane cele realizacji zadania publicznego oraz sposób ich realizacji

Najważniejszym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie choremu i jego rodzinie komfortu w sferze fizycznej, psychicznej, społecznej i duchowej. Cel ten można osiągnąć przez skuteczne leczenie bólu i innych objawów, pomoc chorym w podstawowych codziennych czynnościach, których nie mogą wykonać samodzielnie, profesjonalne pielęgnowanie, psychologiczne wsparcie, obniżanie napięcia emocjonalnego, łagodzenie lęku, pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych, towarzyszenie. Jednocześnie ludzi dobrej woli, gotowych udzielać społeczne pomocy osobom ciężko chorym u kresu ich życia.

7. Miejsce realizacji zadania publicznego

Miejsce zamieszkania chorego i jego rodziny na terenie powiatu świebodzińskiego.

8. Opis poszczególnych działań w zakresie realizacji zadania publicznego ¹²⁾

1. Rozpoznanie potrzeb chorych.
2. Dokonanie zakupów .
3. Rozdysponowanie zakupionych środków wśród osób chorych z powiatu świebodzińskiego.

9. Harmonogram ¹³⁾

Zadanie publiczne realizowane w okresie od 30.09.2013 r. do 30.11.2013 r.		
Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania publicznego ¹⁴⁾	Terminy realizacji poszczególnych działań	Oferent lub inny podmiot odpowiedzialny za działanie w zakresie realizowanego zadania publicznego
1. Rozpoznanie potrzeb osób chorych	październik	Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe im. św. Pawła
2. Dokonanie zakupów	październik - listopad	Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe im. św. Pawła
3. Rozdysponowanie zakupionych środków wśród osób chorych z powiatu świebodzińskiego	październik - listopad	Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych Hospicjum Domowe im. św. Pawła

9. Zakładane rezultaty realizacji zadania publicznego ¹⁵⁾

Uśmierzenie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych z powiatu świebodzińskiego w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby.

IV. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania publicznego

1. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów:

Lp.	Rodzaj kosztów ¹⁶⁾	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (w zł)	z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania publicznego ¹⁷⁾ (w zł)	Koszt do pokrycia z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (w zł)
I	Koszty merytoryczne ¹⁸⁾ Zakup środków opatrunkowych, pampersów, leków.				3 000,00	3 000,00		
II	Koszty obsługi ²⁰⁾ zadania publicznego, w tym koszty administracyjne							
III	Inne koszty, w tym koszty wyposażenia i promocji							
IV	Ogółem:				3.000,00	3.000,00		

1. Przewidywane źródła finansowania zadania publicznego

1	Wnioskowana kwota dotacji	3 000 zł	100%
2	Środki finansowe własne ¹⁷⁾ zł%
3	Środki finansowe z innych źródeł ogółem (środki finansowe wymienione w pkt 3.1—3.3) ¹¹⁾ zł%
3.1	wpłaty i opłaty adresatów zadania publicznego ¹⁷⁾ zł%
3.2	środki finansowe z innych źródeł publicznych (w szczególności: dotacje z budżetu państwa lub budżetu jednostki samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środki z funduszy strukturalnych) ¹⁷⁾ zł%
3.3	pozostałe ¹⁷⁾ zł%
4	Wkład osobowy (w tym świadczenia wolontariuszy i praca społeczna członków) zł%

5	Ogółem (środki wymienione w pkt 1—4)	3 000 zł	100 %
---	--------------------------------------	----------	-------

2. Finansowe środki z innych źródeł publicznych ²¹⁾

Nazwa organu administracji publicznej lub innej jednostki sektora finansów publicznych	Kwota środków (w zł)	Informacja o tym, czy wniosek (oferta) o przyznanie środków został (-a) rozpatrzony (-a) pozytywnie, czy też nie został (-a) jeszcze rozpatrzony (-a)	Termin rozpatrzenia — w przypadku wniosków (ofert) nierozpatrzonych do czasu złożenia niniejszej oferty
Nie dotyczy		TAK/NIE ¹⁾	
		TAK/NIE ¹⁾	
		TAK/NIE ¹⁾	
		TAK/NIE ¹⁾	

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

nie dotyczy

V. Inne wybrane informacje dotyczące zadania publicznego

1. Zasoby kadrowe przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania publicznego ²²⁾

ZTPCH Hospicjum domowe im. Św. Pawła posiada odpowiednią kadrę do przeprowadzenia zakładanego zadania. Grupa 15 wolontariuszy posiadających doświadczenie w prowadzeniu tego typu zadania, personel medyczny (lekarzy, pielęgniarki) działający w ramach wolontariatu, niosących pomoc chorym oraz ich rodzinom z powiatu świebodzińskiego. Zadanie koordynować będzie prezes Anna Kwiatek. Sprawy księgowe poprowadzi nasza specjalistka ds. finansowych Gabriela Ladaczyńska.

2. Zasoby rzeczowe oferenta/offerentów ¹⁾ przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania ²³⁾

Stowarzyszenie posiada odpowiednie zasoby rzeczowe potrzebne do realizacji zadania tj. swój lokal, magazyn, sprzęt medyczny.

3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań publicznych podobnego rodzaju (ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną)

Ogólnopolska kampania społeczno-edukacyjna „Pola Nadziei” mająca na celu przybliżenie idei ruchu hospicyjnego a przede wszystkim uwrażliwienie dzieci, młodzieży i osób dorosłych na potrzeby człowieka cierpiącego, oczekującego naszej pomocy i opieki w ostatnim okresie życia. Akcja polega na wspólnym posadzeniu cebulek żonkili tak by utworzyć Pola Nadziei jako wyraz naszej troski i chęci pomocy osobom chorym na chorobę nowotworową. Jest to symboliczny akt solidarności z umierającymi na tę straszną chorobę. Żonkil jest symbolem nadziei w walce z chorobą nowotworową. W tym roku już po raz piąty nasze Hospicjum włączyło się do Ogólnopolskiej Kampanii Pola Nadziei.

4. Informacja, czy oferent/ofere(n)ci(l) przewiduje(-a) zlecać realizację zadania publicznego w trybie, o którym mowa w art. 16 ust. 7 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

Nie dotyczy

Oświadczam(-y), że:

- 1) proponowane zadanie publiczne w całości mieści się w zakresie działalności pożytku publicznego oferenta/offerentów¹⁾;
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy pobieranie/niepopieranie¹⁾ opłat od adresatów zadania;
- 3) oferent/ofere(n)ci(l) jest/są(l) związany(-ni) niniejszą ofertą do dnia **30.11.2013 r.**
- 4) w zakresie związanym z otwartym konkursem ofert, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.);
- 5) oferent/ofere(n)ci(l) składający niniejszą ofertę nie zalega(-ja)/zalega(-ją)¹⁾ z opłacaniem należności z tytułu zobowiązań podatkowych/składek na ubezpieczenia społeczne¹⁾;
- 6) dane określone w części I niniejszej oferty są zgodne z Krajowym Rejestrem Sądowym/właściwą ewidencją¹⁾;
- 7) wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO
PRZYJACIOŁ CHORYCH
„Hospicjum Domowe”
im. Św. Pawła
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26
NIP 9291721587, KRS 000009290

P R E Z E S

mgr Anna Kwiatek

SKARBNIK

Maria Kulewicz
Maria Kulewicz

(podpis osoby upoważnionej
lub podpisy osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu
oferenta/offerentów¹⁾)

Data 20.09.2013r.

Załączniki:

1. Kopia aktualnego odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji²⁴⁾.
2. W przypadku wyboru innego sposobu reprezentacji podmiotów składających ofertę wspólną niż wynikający z Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru — dokument potwierdzający upoważnienie do działania w imieniu oferenta(-ów).

Poświadczenie złożenia oferty²⁵⁾

Adnotacje urzędowe ²⁵⁾

1) Niepotrzebne skreślić.

2) Rodzajem zadania jest jedno lub więcej zadań publicznych określonych w art. 4 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie.

3) Każdy z oferentów składających ofertę wspólną przedstawia swoje dane. Kolejni oferenci dołączają właściwe pola.

4) Forma prawna oznacza formę działalności organizacji pozarządowej, podmiotu, jednostki organizacyjnej określonej na podstawie obowiązujących przepisów, w szczególności stowarzyszenie i fundacje, osoby prawne i

jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, jeżeli ich cele statutowe obejmują prowadzenie działalności pożytku publicznego, uczniowskie kluby sportowe, ochotnicze straże pożarne oraz inne. Należy zaznaczyć odpowiednią formę lub wpisać inną.

5) Podać nazwę właściwego rejestru lub ewidencji.

6) W zależności od tego, w jaki sposób organizacja lub podmiot powstał.

7) Osiedle, sołectwo lub inna jednostka pomocnicza. Wypełnienie nieobowiązkowe. Należy wypełnić, jeżeli zadanie publiczne proponowane do realizacji ma być realizowane w obrębie danej jednostki.

8) Nie wypełniać w przypadku miasta stołecznego Warszawy.

9) Dotyczy oddziałów terenowych, placówek i innych jednostek organizacyjnych oferenta. Należy wypełnić, jeśli zadanie ma być realizowane w obrębie danej jednostki organizacyjnej.

10) Należy określić, czy podstawą są zasady określone w statucie, pełnomocnictwo, prokura czy też inna podstawa. Dotyczy tylko oferty wspólnej.

11) Wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o dofinansowanie inwestycji.

12) Opis musi być spójny z harmonogramem i kosztorysem. W przypadku oferty wspólnej — należy wskazać dokładny podział działań w ramach realizacji zadania publicznego między składającymi ofertę wspólną.

13) W harmonogramie należy podać terminy rozpoczęcia i zakończenia poszczególnych działań oraz liczbowe określenie skali działań planowanych przy realizacji zadania publicznego (tzn. miar adekwatnych dla danego zadania publicznego, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba adresatów).

14) Opis zgodny z kosztorysem.

15) Należy opisać zakładane rezultaty zadania publicznego — czy będą trwałe oraz w jakim stopniu realizacja zadania przyczyni się do rozwiązania problemu społecznego lub złagodzi jego negatywne skutki.

16) Należy uwzględnić wszystkie planowane koszty, w szczególności zakupu usług, zakupu rzeczy, wynagrodzeń.

17) Dotyczy jedynie wspierania zadania publicznego.

18) Należy wpisać koszty bezpośrednio związane z celem realizowanego zadania publicznego.

19) W przypadku oferty wspólnej kolejni oferenci dołączają do tabeli informację o swoich kosztach.

20) Należy wpisać koszty związane z obsługą i administracją realizowanego zadania, które związane są z wykonywaniem działań o charakterze administracyjnym, nadzorczym i kontrolnym, w tym obsługą finansową i prawną projektu.

21) Wypełnienie fakultatywne — umożliwia zawarcie w umowie postanowienia, o którym mowa w § 16 ramowego wzoru umowy, stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru oferty i ramowego wzoru umowy dotyczących realizacji zadania publicznego oraz wzoru sprawozdania z wykonania tego zadania. Dotyczy jedynie oferty wspierania realizacji zadania publicznego.

22) Informacje o kwalifikacjach osób, które będą zatrudnione przy realizacji zadania publicznego, oraz o kwalifikacjach wolontariuszy. W przypadku oferty wspólnej należy przyporządkować zasoby kadrowe do dysponujących nimi oferentów.

23) Np. lokal, sprzęt, materiały. W przypadku oferty wspólnej należy przyporządkować zasoby rzeczowe do dysponujących nimi oferentów.

24) Odpis musi być zgodny z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, niezależnie od tego, kiedy został wydany.

25) Wypełnia organ administracji publicznej.

ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO
PRZYJACIÓŁ CHORYCH
„Hospicjum Domowe”
im. Św. Pawła
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26
NIP 9291721587, KRS 0000009290

Zielona Góra, dnia 20.09.2013r.

Oświadczam, że Zielonogórskie Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum Domowe” im.
Św. Pawła, nie zostało wykluczone z prawa otrzymywania dotacji ze środków publicznych.

P R E Z E S

mgr Anna Kwiatek

SKARBNIK

Kulewicz
• Maria Kulewicz

.....
(podpis osoby upoważnionej
lub podpisy osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu
oferenta/offerentów)

CENTRALNA INFORMACJA KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO

ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO
PRZYJACIÓŁ CHORYCH
„Hospicjum Domowe”
im. Św. Pawła
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26
NIP 9291721587, KRS 0000009290

KRAJOWY REJESTR SĄDOWY

Stan na dzień 20.09.2013 godz. 09:44:19

Numer KRS: 0000009290

**Informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu
Z REJESTRU STOWARZYSZEŃ, INNYCH ORGANIZACJI SPOŁECZNYCH I ZAWODOWYCH,
FUNDACJI ORAZ SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ**

PODMIOT NIEWPISANY DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW

Data rejestracji w Krajowym Rejestrze Sądowym		27.04.2001	
Ostatni wpis	Numer wpisu	6	Data dokonania wpisu
	Sygnatura akt	ZG.VIII NS-REJ.KRS/13935/11/101	
	Oznaczenie sądu	SĄD REJONOWY W ZIELONEJ GÓRZE, VIII WYDZIAŁ GOSPODARCZY KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	

Dział 1

Rubryka 1 - Dane podmiotu

1.Oznaczenie rodzaju organizacji	STOWARZYSZENIE
2.Numer REGON/NIP	REGON: 970566762, NIP: ---
3.Nazwa	ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO PRZYJACIÓŁ CHORYCH "HOSPICIUM DOMOWE" IM. ŚW. PAWŁA
4.Dane o wcześniejszej rejestracji	REJESTR STOWARZYSZEŃ 546 SĄD OKRĘGOWY W ZIELONEJ GÓRZE
5.Czy podmiot posiada status organizacji pożytku publicznego?	TAK

Rubryka 2 - Siedziba i adres podmiotu

1.Siedziba	kraj POLSKA, woj. LUBUSKIE, powiat M. ZIELONA GÓRA, gmina M. ZIELONA GÓRA, miejsc. ZIELONA GÓRA
2.Adres	ul. ZYTY, nr 26, lok. ---, miejsc. ZIELONA GÓRA, kod 65-046, poczta ZIELONA GÓRA, kraj POLSKA
3.Adres poczty elektronicznej	-----
4.Adres strony internetowej	-----

Rubryka 3 - Jednostki terenowe lub oddziały

Brak wpisów

Rubryka 4 - Informacje o statucie

1.Informacja o sporządzeniu lub zmianie statutu	1	25.01.1996 R
	2	07.01.2004 R. PRZYJĘTO TEKST JEDNOLITY STATUTU

3	14.11.2011 R. ZMIANA: §2, §7 PKT A, §22 PKT C, §29, DODANO: W §8 PKT G, SKREŚLONO: W §13 UST.1 PKT C.
---	---

Rubryka 5	
1.Czas, na jaki została utworzona organizacja	NIEOZNACZONY

Rubryka 6 - Sposób powstania podmiotu	
Brak wpisów	

Rubryka 7 - Komitet założycielski		
	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	KWIATEK
	2.Imiona	ANNA
	3.Numer PESEL/REGON	53120205888
	4.Numer KRS	*****
2	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	SEMANIAK
	2.Imiona	KRYSTYNA
	3.Numer PESEL/REGON	42072803042
	4.Numer KRS	*****

Rubryka 8 - Organ sprawujący nadzór	
1.Nazwa organu	PREZYDENT MIASTA ZIELONEJ GÓRY

Dział 2

Rubryka 1 - Organ uprawniony do reprezentacji podmiotu		
1.Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	ZARZĄD	
2.Sposób reprezentacji podmiotu	OŚWIADCZENIA WOLI TOWARZYSTWA W ZAKRESIE PRAW MAJĄTKOWYCH SKŁADANE SĄ NA PIŚMIE ZA PODPISAMI PREZESA LUB WICEPREZESA ORAZ SKARBNIKA LUB UPOWAŻNIONEGO PRZEZ ZARZĄD CZŁONKA ZARZĄDU.	
Podrubryka 1		
Dane osób wchodzących w skład organu		
1	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	KWIATEK
	2.Imiona	ANNA
	3.Numer PESEL/REGON	53120205888
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	PREZES
2	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	LADACZYŃSKA

	2.Imiona	GABRYELA
	3.Numer PESEL/REGON	65010809760
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	SEKRETARZ
3	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	DOWHAŃ
	2.Imiona	ELŻBIETA
	3.Numer PESEL/REGON	62062005441
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	ZASTĘPCA PREZESA
4	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	BERNACIAK
	2.Imiona	BEATA
	3.Numer PESEL/REGON	67082701986
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	CZŁONEK
5	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	KULEWICZ
	2.Imiona	MARIA
	3.Numer PESEL/REGON	60081406081
	4.Numer KRS	****
	5.Funkcja w organie reprezentującym	SKARBNIK

Rubryka 2 - Organ nadzoru			
1	1.Nazwa organu	KOMISJA REWIZYJNA	
	Podrubryka 1		
	Dane osób wchodzących w skład organu		
	1	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	JUSZCZYSZYN
		2.Imiona	WIOLETTA
		3.Numer PESEL/REGON	73112902407
		4.Numer KRS	****
	2	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	KACZMAREK
		2.Imiona	MARIA
		3.Numer PESEL/REGON	51090810901
		4.Numer KRS	****
	3	1.Nazwisko / Nazwa lub firma	MIARA
		2.Imiona	URSZULA
3.Numer PESEL/REGON		49071002502	
4.Numer KRS		****	

Rubryka 3

Brak wpisów

Dział 3

Rubryka 1 - Nie dotyczy

Brak wpisów

Rubryka 2 - Nie dotyczy

Rodzaj dokumentu	Nr kolejny w polu	Data złożenia	Za okres od do
1.Wzmianka o złożeniu rocznego sprawozdania finansowego	1	28.05.2008	01.01.2007 R. - 31.12.2007 R.
	2	16.04.2009	01.01.2008 - 31.12.2008
3.Wzmianka o złożeniu uchwały lub postanowienia o zatwierdzeniu sprawozdania finansowego	1	*****	01.01.2007 R. - 31.12.2007 R.
	2	*****	01.01.2008 - 31.12.2008
4.Wzmianka o złożeniu sprawozdania z działalności podmiotu	1	*****	SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z DZIAŁALNOŚCI ZA 2007 R., ZŁOŻONE DNIA 28.05.2008 R.
	2	*****	01.01.2008 - 31.12.2008 SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE Z DZIAŁALNOŚCI OPP

Rubryka 3 - Cel działania organizacji

1.Cel działania	1. UDZIELENIE OSOBOM CIĘŻKO CHORYM W OSTATNIM OKRESIE ŻYCIA OPIEKI MEDYCZNEJ, PSYCHOLOGICZNEJ, SPOŁECZNEJ I DUCHOWEJ, 2. UDZIELANIE POMOCY RODZINOM TYCH CHORYCH 3. JEDNOCZENIE LUDZI DOBREJ WOLI, GOTOWYCH UDZIELAĆ SPOŁECZNIE POMOCY OSOBOM CIĘŻKO CHORYM U KRESU ICH ŻYCIA
-----------------	---

Rubryka 4 - Przedmiot działalności statutowej organizacji pożytku publicznego

1.Odpłatna działalność statutowa	1	---
2.Nieodpłatna działalność statutowa	1	91, 33, , PROPAGOWANIE I REALIZOWANIE OPIEKI HOSPICYJNEJ.
	2	91, 33, , ZBIERANIE ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA REALIZACJĘ CELÓW TOWARZYSTWA.
	3	91, 33, , PROPAGOWANIE IDEI I METOD OPIEKI NAD LUDŹMI CIĘŻKO CHORYMI, ZWŁASZCZA NA NOWOTWORY ZŁOŚLIWE, ZNAJDUJĄCYMI SIĘ W OSTATNIM OKRESIE ŻYCIA.
	4	91, 33, , ORGANIZOWANIE PROPAGANDY SWOJEJ DZIAŁALNOŚCI STATUTOWEJ.
	5	91, 33, , WSPÓŁPRACOWANIE Z WŁADZAMI PUBLICZNYMI I INNYMI INSTYTUCJAMI SŁUŻBY ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ W ZAKRESIE LECZENIA I OPIEKI CHORYCH.
	6	91, 33, , WSPÓŁPRACA Z KRAJOWYMI I ZAGRANICZNYMI ORGANIZACJAMI O PODOBNYM LUB ZBLIŻONYM ZAKRESIE DZIAŁANIA.
	7	85, , , PROWADZENIE SZKOLENIA WOLONTARIUSZY

Dział 4

Rubryka 1 - Zaległości

Brak wpisów

Rubryka 2 - Wierzytelności

Brak wpisów

Rubryka 3 - Informacje o zabezpieczeniu majątku dłużnika w postępowaniu w przedmiocie ogłoszenia upadłości, o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z uwagi na fakt, że majątek niewypłacalnego dłużnika nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania

Brak wpisów

Rubryka 4 - Umorzenie prowadzonej przeciwko podmiotowi egzekucji z uwagi na fakt, że z egzekucji nie uzyska się sumy wyższej od kosztów egzekucyjnych

Brak wpisów

Dział 5

Rubryka 1 - Kurator

Brak wpisów

Dział 6

Rubryka 1 - Likwidacja

Brak wpisów

Rubryka 2 - Informacja o rozwiązaniu organizacji

Brak wpisów

Rubryka 3 - Zarząd komisaryczny lub przymusowy lub przedstawiciel do prowadzenia bieżących spraw stowarzyszenia

Brak wpisów

Rubryka 4 - Informacja o połączeniu lub podziale

Brak wpisów

Rubryka 5 - Informacja o postępowaniu upadłościowym

Brak wpisów

Rubryka 6 - Informacja o postępowaniu układowym

Brak wpisów

Rubryka 7 - Informacja o postępowaniu naprawczym

Brak wpisów

Rubryka 8 - Informacja o zawieszeniu działalności gospodarczej

Brak wpisów

data sporządzenia wydruku 20.09.2013

adres strony internetowej, na której są dostępne informacje z rejestru: <https://ems.ms.gov.pl>

ZIELONOGÓRSKIE TOWARZYSTWO
PRZYJACIÓŁ CHORYCH
„Hospicjum Domowe”
im. Św. Pawła
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26
NIP 9291721587, KRS 0000009290

P R E Z E S
mgr Anna Kwiatek