**FORMULARZ ZGŁOSZENIA OPP/CELU SZCZEGÓŁOWEGO**

**DO PROGRAMU „WSPIERAJ LOKALNIE”**

*dla organizacji działających na terenie gminy Gorzyce*

1. **Nazwa organizacji OPP z terenu gminy Gorzyce**

lub **nazwa organizacji głównej, która użycza swój nr KRS**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Adres** (ulica/kod pocztowy/miejscowość/powiat/województwo) organizacji OPP

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Nr KRS organizacji OPP**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

NALEŻY WYPEŁNIĆ PONIŻSZE PUNKTY JEŚLI STOWARZYSZENIE NIE MA STATUSU OPP  
I KORZYSTA Z UŻYCZENIA KRS INNEJ ORGANIZACJI OPP

1. **Nazwa organizacji działającej na terenie gminy Gorzyce**\*

(wpisać, jeśli organizacja nie ma statusu OPP i korzysta z użyczenia innej organizacji OPP)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Adres** (ulica/kod pocztowy/miejscowość/powiat/województwo)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

CEL SZCZEGÓŁOWY NALEŻY WPISAĆ W PRZYPADKU OSÓB, KTÓRE ZBIERAJĄ FUNDUSZE   
Z 1,5% PODATKU NA LECZENIE/REHABILITACJĘ DZIECI/OSÓB ZALEŻNYCH ITP. ORAZ   
W PRZYPADKU ORGANIZACJI, KTÓRE NIE POSIADAJĄ STATUSU OPP I KORZYSTAJĄ   
Z UŻYCZENIA INNEJ ORGANIZACJI

1. **Cel szczegółowy** (jeśli dotyczy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………