

**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:

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

Podpis osoby składającej deklarację

.....