

KONIŃSKI KLUB PIŁKARSTWA KOBIECEGO
„MEDYK”
62-500 Konin, ul. Podwale 1
NIP 665-19-42-319, REGON 911589532

Konin, 17.10.2016
(miejsce i data złożenia oświadczenia)

WPLYNEŁO
URZĄD MARSZAŁKOWY WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
w Poznaniu
Departament Sportu i Turystyki

21.10.2016

Liczba załączników

Podpis

.....
pieczęć organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/jednostki organizacyjnej*
składającej oświadczenie

Oświadczam (-my), że:

organizacja pozarządowa*/ podmiot*/ ~~jednostka organizacyjna*~~ Koniński Klub Piłkarstwa Kobiecego „Medyk” nie ma zaległych zobowiązań publiczno - prawnych wobec jednostek samorządu terytorialnego oraz innych źródeł o charakterze publicznym.

WICEPREZES
Konińskiego Klubu Piłkarstwa Kobiecego
„MEDYK”
Jerzy Siuda

PREZES
Konińskiego Klubu Piłkarstwa Kobiecego
„MEDYK”
Roman Jaszczyk

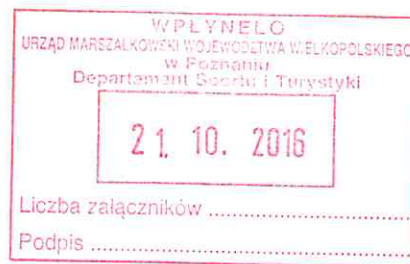
.....
(Podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji
pozarządowej*/ podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*)

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: Osoby uprawnione do podpisania oświadczenia, niedysponujące pieczętkami imiennymi, winny podpisywać się czytelnie pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionych przez nie funkcji w organizacji pozarządowej/ podmiocie*/ jednostce organizacyjnej.*

KONIŃSKI KLUB PIŁKARSTWA KOBIECEGO
„MEDYK”
62-500 Konin, ul. Podwale 1
NIP 668-19-42-915; Regon 311589532

Poznań, 17.10.2016
(miejsce i data złożenia oświadczenia)



.....
pieczęć organizacji pozarządowej*/
podmiotu*/ jednostki organizacyjnej*
składającej oświadczenie

Oświadczenie

Oświadczam (-my), że:

organizacja pozarządowa*/ podmiot*/ ~~jednostka organizacyjna*~~ Koniński Klub Piłkarstwa Kobiecego „Medyk” w roku kalendarzowym 2016

(Prosimy o zaznaczenie prawidłowej odpowiedzi krzyżykiem)

- nie ubiegała się o wsparcie finansowe do Samorządu Województwa Wielkopolskiego na realizację zadań publicznych w trybie tzw. małych grantów,
- ubiegała się o wsparcie finansowe do Samorządu Województwa Wielkopolskiego na realizację w trybie tzw. małych grantów następującego/-ych zadania/zadań publicznego/-ych:
- 1) Nazwa ogłoszenia:
Nazwa zadania:
Wysokość przyznanej dotacji:
- 2) Nazwa ogłoszenia:
Nazwa zadania:
Wysokość przyznanej dotacji:
- poza złożoną ofertą wystąpiła również o wsparcie finansowe do Samorządu Województwa Wielkopolskiego na realizację w trybie tzw. małych grantów następującego/-ych zadania/zadań publicznego/-ych:
- 1) Nazwa ogłoszenia:
Nazwa zadania:
2) Nazwa ogłoszenia:
Nazwa zadania:

WICEPREZES
Konińskiego Klubu Piłkarstwa Kobiecego
„MEDYK”
Jerzy Siuda

PREZES
Konińskiego Klubu Piłkarstwa Kobiecego
„MEDYK”
Roman Jaszczak

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

* niepotrzebne skreślić

Uwaga: Osoby uprawnione do podpisania oświadczenia, niedysponujące pieczętkami imiennymi, winny podpisywać się czytelnie pełnym imieniem i nazwiskiem z zaznaczeniem pełnionych przez nie funkcji w organizacji pozarządowej*/ podmiocie*/ jednostce organizacyjnej.