Ministerstwo
Spraw Wewnętrznych i Administracji
Biuro Podawcze
wpłynęło do: 2017 -02- 17
RKP ..... zał./kart. ...../.....

Numer zbiórki *(należy wypełnić tylko w przypadku aktualizacji zgłoszenia zgodnie z numerem nadanym przy zgłoszeniu widocznym na portalu zbiórek)*		Data wpływu zgłoszenia	
Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji	**Zgłoszenie zbiórki publicznej**		

✓ *Formularz należy wypełnić w języku polskim, drukowanymi literami*
✓ *Wypełnić należy tylko białe pola*

We wszystkich polach, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy wstawić pojedynczy znak myślnika **(-)**

Przewidywany czas wypełnienia formularza:
- ⇒ **dla postaci elektronicznej – 15 min.,**
- ⇒ **dla postaci papierowej – 20 min.**

Zgłoszenie	x	**Aktualizacja zgłoszenia** *(w przypadku aktualizacji zgłoszenia należy wypełnić pole numeru zbiórki)*	☐
Nazwa zbiórki	„Zostań Przyjacielem"		

I Dane dotyczące organizatora zbiórki publicznej

Organizacje, o których mowa w art. 3 pkt 1 i 2 ustawy o zasadach prowadzenia zbiórek publicznych (Dz.U. ... poz. ...) wypełniają formularz cz. I pkt 1-8;

komitety społeczne, o których mowa w art. 3 pkt 3 ustawy o zasadach prowadzenia zbiórek publicznych (Dz.U. ... poz. ...) wypełniają formularz cz. I pkt 8-12.

1. Nazwa organizacji	Przyjaciele Szpitali Dziecięcych w Warszawie		
2. Siedziba	Warszawa Miejscowość		
3. Dane do kontaktu	Polska Kraj	Warszawa Miejscowość	Grzybowska Ulica
5A Nr domu	Nr lokalu	04-101 Kod pocztowy	22 324 52 22 Nr telefonu
Nr faksu *(pole nieobowiązkowe)*	kontakt@fundacjaprzyjaciol.org e-mail *(pole nieobowiązkowe)*	www.fundacjaprzyjaciol.org Strona WWW *(pole nieobowiązkowe)*	

4. Numer REGON *(należy wpisać, jeśli organizacja posiada)*	010413020
5. Numer KRS *(należy wpisać, jeśli organizacja posiada)*	0000093204
6. Numer NIP *(należy wpisać, jeśli organizacja posiada)*	526-21-50-223
7. Miesiąc zakończenia roku obrotowego	grudzień

8. Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora zbiórki *(w przypadku reprezentowania na podstawie pełnomocnictwa należy dołączyć kopię pełnomocnictwa)*			
MAGDALENA Imię	BÓDIS Nazwisko	[redacted] PESEL *(w przypadku braku seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)*	POLSKA Kraj
[redacted] Miejscowość	[redacted] Ulica	[redacted] Nr domu	[redacted] Nr lokalu
[redacted] Kod pocztowy	Nr telefonu *(pole nieobowiązkowe)*	Nr faksu *(pole nieobowiązkowe)*	e-mail *(pole nieobowiązkowe)*
9. Nazwa komitetu społecznego			
10. Siedziba	Miejscowość		
11. Dane do kontaktu	Kraj	Miejscowość	Ulica
Nr domu	Nr lokalu	Kod pocztowy	Nr telefonu
Nr faksu *(pole nieobowiązkowe)*	e-mail *(pole nieobowiązkowe)*	WWW *(pole nieobowiązkowe)*	

12. Członkowie komitetu społecznego			
Imię	Nazwisko	PESEL *(w przypadku braku seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)*	Kraj
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Dodatkowe informacje ułatwiające kontakt (np. e-mail) *(pole nieobowiązkowe)*	

Imię	Nazwisko	PESEL *(w przypadku braku seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)*	Kraj
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Dodatkowe informacje ułatwiające kontakt (np. e-mail) *(pole nieobowiązkowe)*	
Imię	Nazwisko	PESEL *(w przypadku braku seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)*	Kraj
Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Nr telefonu	Dodatkowe informacje ułatwiające kontakt, np. e-mail *(pole nieobowiązkowe)*	

II Dane dotyczące zbiórki publicznej

1. Sposób przeprowadzenia zbiórki publicznej: np. zbiórka do puszek, skarbon itp.	Dobrowolne datki do zaplombowanej skarbony.	
2. Miejsce przeprowadzenia zbiórki publicznej	Polska / województwo mazowieckie / m.st. Warszawa (Polska/województwo/powiat/gmina)	
3. Termin przeprowadzenia zbiórki publicznej	2016/02/25 RRRR/MM/DD (data rozpoczęcia)	2016/02/26 RRRR/MM/DD (data zakończenia, w przypadku zbiórki permanentnej należy wstawić pojedynczy znak myślnika „–")
4. Planowana liczba osób zaangażowanych w zbiórkę, w tym wolontariuszy	8	
5. Cel zbiórki publicznej *(opis celu)*	Zakup sprzętu medycznego (videostroboskop dla oddziału laryngologii Szpitala Pediatrycznego WUM)	
5.1 Cel pozostaje w sferze zadań publicznych w zakresie:	☐ pomocy społecznej, w tym pomocy rodzinom i osobom w trudnej sytuacji życiowej oraz wyrównywania szans tych rodzin i osób	
	☐ wspierania rodziny i systemu pieczy zastępczej	
	☐ działalności na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym	

	X działalności charytatywnej
	☐ podtrzymywania i upowszechniania tradycji narodowej, pielęgnowania polskości oraz rozwoju świadomości narodowej, obywatelskiej i kulturowej
	☐ działalności na rzecz mniejszości narodowych i etnicznych oraz języka regionalnego
	X ochrony i promocji zdrowia
	☐ działalności na rzecz osób niepełnosprawnych
	☐ promocji zatrudnienia i aktywizacji zawodowej osób pozostających bez pracy i zagrożonych zwolnieniem z pracy
	☐ działalności na rzecz równych praw kobiet i mężczyzn
	☐ działalności na rzecz osób w wieku emerytalnym
	☐ działalności wspomagającej rozwój gospodarczy, w tym rozwój przedsiębiorczości
	☐ działalności wspomagającej rozwój techniki, wynalazczości i innowacyjności oraz rozpowszechnianie i wdrażanie nowych rozwiązań technicznych w praktyce gospodarczej
	☐ działalności wspomagającej rozwój wspólnot i społeczności lokalnych
	☐ nauki, szkolnictwa wyższego, edukacji, oświaty i wychowania
	☐ wypoczynku dzieci i młodzieży
	☐ kultury, sztuki, ochrony dóbr kultury i dziedzictwa narodowego
	☐ wspierania i upowszechniania kultury fizycznej
	☐ ekologii i ochrony zwierząt oraz ochrony dziedzictwa przyrodniczego
	☐ turystyki i krajoznawstwa
	☐ porządku i bezpieczeństwa publicznego
	☐ ratownictwa i ochrony ludności
	☐ obronności państwa i działalności Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej
	☐ upowszechniania i ochrony wolności i praw człowieka oraz swobód obywatelskich, a także działań wspomagających rozwój demokracji
	☐ pomocy ofiarom katastrof, klęsk żywiołowych, konfliktów zbrojnych i wojen w kraju i za granicą
	☐ upowszechniania i ochrony praw konsumentów
	☐ działalności na rzecz integracji europejskiej oraz rozwijania kontaktów i współpracy między społeczeństwami

	☐ promocji i organizacji wolontariatu
	☐ pomocy Polonii i Polakom za granicą
	☐ działalności na rzecz kombatantów i osób represjonowanych
	☐ promocji Rzeczypospolitej Polskiej za granicą
	☐ działalności na rzecz rodziny, macierzyństwa, rodzicielstwa, upowszechniania i ochrony praw dziecka
	☐ przeciwdziałania uzależnieniom i patologiom społecznym
	☐ działalności na rzecz organizacji pozarządowych oraz podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, w zakresie określonym w ww. zadaniach
5.2 Cele religijne *(nie dotyczy zbiórek wyłączonych na podstawie art. 2 pkt 1 ustawy)*	☐
6. Dodatkowe informacje o zbiórce *(pole nieobowiązkowe)*	Skarbona usytuowana w Centrum Handlowym Atrium Promenada, ul. Ostrobramska 75C

III. Przewidywane koszty zbiórki, które zostaną pokryte z zebranych ofiar

1. Koszty zbiórki publicznej ogółem *(Koszty ogółem muszą być sumą kosztów podanych w pkt 2-6)*	70,00 **PLN**
2. Koszty związane z organizacją zbiórki: koszty skarbon, identyfikatorów, wykorzystanie sprzętu itp.	70,00 PLN
3. Koszty kampanii informacyjnej lub reklamowej dotyczącej zbiórki	0,0 PLN
4. Koszty administracyjne	0,0 PLN
5. Wynagrodzenia	0,0 PLN
6. Pozostałe koszty ogółem	0,0 PLN
7. Dodatkowe informacje o kosztach *(pole nieobowiązkowe)*	

IV. Podpis osoby zgłaszającej/podpisy osób zgłaszających zbiórkę

MAGDALENA BÓDÍS Imię i nazwisko	Bódis Podpis
MATTHEW JAMES LYNCH Imię i nazwisko	Podpis

Numer zbiórki *(Należy wypełnić zgodnie z numerem nadanym przy zgłoszeniu widocznym na portalu zbiórek)*	2017/800/OR	Data wpływu sprawozdania	
Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji	**Sprawozdanie z przeprowadzonej zbiórki publicznej** *Formularz wypełnia się dla zbiórek już przeprowadzonych, jak również dla tych, które trwają dłużej niż rok za każdy 6-miesięczny okres*		

✓ *Formularz należy wypełnić w języku polskim, drukowanymi literami;*
✓ *Wypełnić należy tylko białe pola;*
✓ *W polach wyboru należy wstawić znak **X**;*

We wszystkich polach, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy wstawić pojedynczy znak myślnika **(-)**

Przewidywany czas wypełnienia formularza:
⇒ **dla postaci elektronicznej – 10 min.,**
⇒ **dla postaci papierowej – 15 min.**

Okres sprawozdawczy	Od	2017 RRRR	-	02 MM	-	25 DD	do	2017 RRRR	-	02 MM	- 26 DD
Nazwa zbiórki	ZOSTAŃ PRZYJACIELEM										

I Dane dotyczące organizatora zbiórki publicznej			
1. Nazwa organizacji/komitetu społecznego	Przyjaciele Szpitali Dziecięcych w Warszawie		
2. Siedziba	Warszawa Miejscowość		
3. Dane do kontaktu	Polska Kraj	Warszawa Miejscowość	Grzybowska Ulica
5A Nr domu	- Nr lokalu	00-132 Kod pocztowy	22 324 52 22 Nr telefonu
Nr faksu *(pole nieobowiązkowe)*	kontakt@fundacjaprzyjaciol.org e-mail *(pole nieobowiązkowe)*	www.fundacjaprzyjaciol.org Strona WWW *(pole nieobowiązkowe)*	
4. Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora zbiórki			

(w przypadku reprezentowania na podstawie pełnomocnictwa należy dołączyć kopię pełnomocnictwa, dane podane w pkt 4 nie będą zamieszczane na portalu zbiórek publicznych)			
MAGDALENA Imię	BÓDIS Nazwisko	[redacted] PESEL *(w przypadku braku seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość)*	POLSKA Kraj
[redacted] Miejscowość	[redacted] Ulica	[redacted] Nr domu	[redacted] Nr lokalu
[redacted] Kod pocztowy	Nr telefonu *(pole nieobowiązkowe)*	Nr faksu *(pole nieobowiązkowe)*	e-mail *(pole nieobowiązkowe)*

II. Informacja o wysokości i rodzaju zebranych ofiar w okresie sprawozdawczym		
1. Suma zebranych środków pieniężnych		3402 ,09 PLN
2. Kategorie i ilość albo wartość zebranych darów rzeczowych	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
3. Dodatkowe informacje o zebranych ofiarach *(pole nieobowiązkowe)*	-	

III. Informacja o wysokości i rodzaju poniesionych kosztów organizacji zbiórki publicznej w okresie sprawozdawczym, które zostały pokryte z zebranych ofiar	
1. **Koszty organizacji zbiórki publicznej ogółem** *(Koszty ogółem muszą być sumą kosztów podanych w pkt 2-6)*	**75,49 PLN**
2. Koszty związane z organizacją zbiórki: koszty skarbon, identyfikatorów, wykorzystanie sprzętu itp.	75,49 PLN
3. Koszty kampanii informacyjnej lub reklamowej związanej z przeprowadzeniem zbiórki	0,00 PLN
4. Koszty administracyjne	0,00 PLN
5. Wynagrodzenia	0,00 PLN
6. Pozostałe koszty ogółem	0,00 PLN
7. Dodatkowe informacje o kosztach *(pole nieobowiązkowe)*	-

IV. Podpis osoby składającej/podpisy osób składających sprawozdanie	
MAGDALENA BODIS Imię i nazwisko	Podpis Bodis
MATTHEW JAMES LYNCH Imię i nazwisko	Podpis
Imię i nazwisko	Podpis