

Numer zbiórki	2017/4100/or		
Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji	Sprawozdanie z przeprowadzonej zbiórki <i>Formularz wypełnia się dla zbiórek już przeprowadzonych, jak również dla tych, które trwają dłużej niż rok za każdy 6-miesięczny okres</i>		
Okres sprawozdawczy	Od 2020-03-21 do 2020-09-20		
Nazwa zbiórki	USG DLA SZPITALA PRZY NIEKŁAŃSKIEJ		
I. Dane dotyczące organizatora zbiórki publicznej			
1. Nazwa organizacji	PRZYJACIELE SZPITALI DZIECIĘCYCH W WARSZAWIE		
2. Siedziba	WARSZAWA <small>Miejscowość</small>		
3. Dane do kontaktu	POLSKA <small>Kraj</small>	WARSZAWA <small>Miejscowość</small>	GRZYBOWSKA <small>Ulica</small>
5A <small>Nr domu</small>	 <small>Nr lokalu</small>	04-101 <small>Kod pocztowy</small>	22 3245222 <small>Nr telefonu</small>
Nr faksu	KONTAKT@FUNDACJAPRZYJACIOL.ORG <small>e-mail</small>	FUNDACJAPRZYJACIOL.ORG <small>Strona WWW</small>	
4. Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora zbiórki			
KAMILA <small>Imię</small>	MAC <small>Nazwisko</small>	94082612064 <small>PESEL</small>	POLSKA <small>Kraj</small>
Warszawa <small>Miejscowość</small>	Grzybowska <small>Ulica</small>	5a <small>Nr domu</small>	 <small>Nr lokalu</small>
00-132 <small>Kod pocztowy</small>	733670188 <small>Nr telefonu</small>	 <small>Nr faksu</small>	mac.kamila@whitestar-realestate.com <small>e-mail</small>
II. Informacja o wysokości i rodzaju zebranych ofiar w okresie sprawozdawczym			
1. Suma zebranych środków pieniężnych			0,00 PLN

2. Kategorie i ilość albo wartość zebranych darów rzeczowych		
3. Dodatkowe informacje o zebranych ofiarach		
III. Informacja o wysokości i rodzaju poniesionych kosztów organizacji zbiórki publicznej w okresie sprawozdawczym, które zostały pokryte z zebranych ofiar		
1. Koszty zbiórki publicznej ogółem <i>(Koszty ogółem muszą być sumą kosztów podanych w pkt 2-6)</i>		0 PLN
2. Koszty związane z organizacją zbiórki: koszty skarbon, identyfikatorów, wykorzystanie sprzętu itp.		0 PLN
3. Koszty kampanii informacyjnej lub reklamowej dotyczącej zbiórki		0 PLN
4. Koszty administracyjne		0 PLN
5. Wynagrodzenia		0 PLN
6. Pozostałe koszty ogółem		0 PLN
7. Dodatkowe informacje o kosztach		
IV. Podpis osoby składającej/podpisy osób składających sprawozdanie		
KAMILA MAC <small>Imię i nazwisko</small>		