|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gdyńskie CentrumOrganizacji Pozarządowych ul. 3 Maja 27-31; 81-364 Gdynia  tel./fax 621 80 98,  e-mail: [kontakt@gdyniapozarzadowa.pl](mailto:kontakt@gdyniapozarzadowa.pl) | | Gdyński Bank Danych  III sektor | | | Numer w banku danych: *(wypełnia GCOP)*  Data wpływu: *(wypełnia GCOP)* |
| **Pełna nazwa organizacji zgodna z KRS lub innym rejestrem:** | | | | | |
| **Dane teleadresowe organizacji:**  Tel:  Fax: | | | | **Dane kontaktowe organizacji:**  Strona internetowa:  Adres e-mail: | |
| **Adres siedziby:**  Kod: Miasto:  Ulica: | | | | **Adres korespondencyjny:**  Kod: Miasto:  Ulica: | |
| **Numer KRS lub innego rejestru:** | **Data rejestracji:** | | | **Zasięg działania:**  miejski wojewódzki  ogólnopolski międzynarodowy | |
| **W przypadku prowadzenie regularnych działań w gdyńskich dzielnicach prosimy o ich wskazanie (maksymalnie 5 np. Chylonia, Witomino):** | | | | | |
| **Osoba kierująca organizacją:**  Funkcja:  Imię i nazwisko: | | | | **Telefon i adres email osoby kierującej organizacją:**    tylko do wiadomości GCOP | |
| **Status prawny organizacji:**  stowarzyszenie fundacja grupa nieformalna stowarzyszenie kultury fizycznej  stowarzyszenie zwykłe organizacja kościelna spółdzielnia socjalna klub seniora  inny *(prosimy o uzupełnienie)*: | | | | | |
| **Status organizacji pożytku publicznego:**  posiada nie posiada w trakcie rejestracji | | | | **Sposób reprezentacji organizacji:**  jednoosobowo co najmniej dwuosobowo | |
| **Podstawowy zakres działalności *(prosimy o zaznaczenie jednej najbardziej pasującej kategorii)*:**  zdrowie, osoby niepełnosprawne pomoc społeczna, profilaktyka uzależnień, aktywność zawodowa  seniorzy, kombatanci ochrona środowiska, turystyka, sport i rekreacja  kultura, tradycja i sztuka dzieci i młodzież, edukacja | | | | | |
| **Słowa kluczowe opisujące działalność organizacji (doprecyzowujące zaznaczone powyżej grupy, maksymalnie 10) np: teatr, rowery, taniec, gimnastyka, terapia.** | | | | | |
| **W jakim obszarze chcielibyście Państwo współpracować z Gdyńskim Centrum Organizacji Pozarządowych (można zaznaczyć wiele):**  wykorzystywanie przestrzeni biurowej GCOP wykorzystywanie adresu korespondencyjnego GCOP  konsultacje prawne, księgowe, organizacyjne szkolenia z zakresu komunikacji i wizerunku  uczestnictwo w Kampanii 1% (dla OPP) otrzymywanie wiadomości o konkursach grantowych  współpraca z sektorem biznesowym szkolenie z zakresu pozyskiwania funduszy  udział w Gdyńskiej Strefie Pozarządowej doradztwo w zakresie opracowywania wniosków grantowych  pomoc w poszukuwaniu partnerów projektowych pomoc w poszukiwaniu wolontariuszy do projektów i działań  udział w szkoleniach specjalistycznych udział w spotkaniach integracyjnych III sektora    udział w spotkaniach liderów organizacji uczestniczenie w strefach pozarządowych podczas wydarzeń miejskich  inne propozycje (jakie) | | | | | |
| **Chcąć jak najlepiej dopasować ofertę Gdyńskiego Centrum Organizacji Pozarządowych będziemy wdzięczni, jeżeli wskażą Państwo najważniejsze realizowane projekty w ostatnim czasie:**  **Czy w powyższych działaniach są takie, które były dofinansowane:**  ze środków Urzędu Miasta Gdyni (dotacje celowe, miejskie konkursy dla organizacji pozarządowych)  ze środków ministerialnych (m.in. FIO, ASOS)  z innych środków grantowych (np. Fundacji Batorego)  **Czy w powyższych działaniach są działania ciągłe (np. prowadzenie placówek wsparcia, klubów seniora itp.):** | | | | | |
| **Liczba wolontariuszy, z jaką**  **Państwo przeciętnie współpracują:** | | | **Główne źródła finansowania działalności organizacji:**  działalność gospodarcza składki członkowskie darowizny  projekty finansowe z Miasta Gdyni odpisy podatkowe (1%)  projekty grantowe działalność statutowa odpłatna  inne (jakie) | | |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w ankiecie dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań Gdyńskiego Centrum Organizacji Pozarządowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.). | | | | | |
| **Data wypełnienia ankiety:** | | **Pieczęć organizacji:** | | | **Podpis osoby wypełniającej:** |