

MOPS.CS.221.
 (znak sprawy nadany przez CS)

 (data wpływu wniosku do CS
 – wypełnia pracownik CS)

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE POMIESZCZEŃ /WYPOSAŻENIA SEKCJI INTGERACYJNEJ W CENTRUM SENIORA W MIEJSKIM OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W KUTNIE, UL. WYSZYŃSKIEGO 11A, 99-300 KUTNO				
Nazwa organizacji / podmiotu*				
Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub innym właściwym rejestrze bądź ewidencji (jeśli dotyczy)				
Forma prawna podmiotu**	Podmioty, o których mowa w art. 3 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie		Inny podmiot (jaki):	
	organizacja pozarządowa	inny podmiot prowadzący działalność pożytku publicznego		
Adres siedziby podmiotu				
	E-mail		Telefon kontaktowy	
Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania podmiotu				
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do podpisania i złożenia wniosku (jeśli dotyczy)				
Imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez podmiot do kontaktu				Telefon kontaktowy
Dane dot. rezerwacji pomieszczeń /wyposażenia**	Data	Godz. od	Godz. do	Liczba osób
Wyposażenie**	urządzenia AGD	naczynia kuchenne, sztućce	sprzęt multimedialny	
Cel korzystania z pomieszczeń				
OŚWIADCZENIE				
Niniejszym oświadczam, że zapoznałam/em się z „Regulaminem organizacyjnym Centrum Seniora”, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania postanowień w nim zawartych (regulamin dostępny na stronie Biuletynu Informacji Publicznej MOPS w Kutnie pod adresem https://bip.mops.kutno.pl/ w zakładce „Działy Ośrodka” – „Centrum Seniora”). W przypadku stwierdzenia uszkodzeń bądź zniszczeń powierzonych mi zobowiązuję się do złożenia wyjaśnień w tej sprawie i naprawienia wyrządzonych szkód.				
W przypadku, gdy wniosek podpisuje inna osoba niż osoba/y wskazana/e w odpowiednim rejestrze bądź ewidencji do wniosku należy złączyć pełnomocnictwo**	Załączono pełnomocnictwo			
	tak	nie	nie dotyczy	
Data i podpis osoby upoważnionej do podpisania i złożenia wniosku w imieniu Wnioskodawcy (data i podpis)			

ADNOTACJE CENTRUM SENIORA			
Wnioskodawca**	spełnia wymogi określone w „Regulaminie Centrum Seniora” dla podmiotów uprawnionych do skorzystania z udostępnienia pomieszczeń /wyposażenia	nie spełnia wymogów określonych w „Regulaminie Centrum Seniora” dla podmiotów uprawnionych do skorzystania z udostępnienia pomieszczeń /wyposażenia	
Akceptacja terminu rezerwacji pomieszczeń /wyposażenia**	tak	nie	
Inne uwagi			
Podpis pracownika przyjmującego wniosek		Podpis kierownika Centrum Seniora	
Zatwierdzenie wniosku przez Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Kutnie**	wyrażam zgodę	nie wyrażam zgody	
 (data i podpis)		

* niepotrzebne skreślić

** zaznaczyć właściwe