

Stowarzyszenie Wspierania i Rozwoju Dzieci, Młodzieży oraz Osób Dorosłych z Autyzmem i Zaburzeniami Pokrewnymi oraz ADHD „Drużyna Ananasów i Przyjaciele”

nazwa organizacji/grupy adres	Stowarzyszenie Wspierania i Rozwoju Dzieci, Młodzieży oraz Osób Dorosłych z Autyzmem i Zaburzeniami Pokrewnymi oraz ADHD „Drużyna Ananasów i Przyjaciele”
nr KRS	Numer KRS : 0000549705, Regon: 36120770900000, NIP : 7651691411
telefon	505 352 998
e-mail	druzyna_ananasow@wp.pl
strona www	
organizacja pożytku publicznego:	NIE
opis zakresu działalności	<p>Stowarzyszenie "Drużyna Ananasów i Przyjaciele" działa na rzecz wspierania i rozwoju dzieci, młodzieży oraz osób dorosłych z autyzmem, z zaburzeniami pokrewnymi oraz ADHD, a także ich rodzin, opiekunów i specjalistów zajmujących się tymi problemami, oraz podejmuje działania ze sfery zadań publicznych w powyższym zakresie.</p> <p>Integrujemy, aktywizujemy i przeciwdziałamy wykluczeniu osób niepełnosprawnych i innych osób zagrożonych wykluczeniem społecznym.</p> <p>Organizujemy i finansujemy terapię, warsztaty , grupy wsparcia dla rodzin itp.</p>



Obszar działalności organizacji

- działalność na rzecz osób niepełnosprawnych,

Oświadczenia

1. Wyrażam wolę opublikowania materiałów o działalności naszej organizacji/grupy w wydaniu Informatora o podmiotach działających w przestrzeni pożytku publicznego.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych organizacji oraz wykorzystanie wizerunku osób znajdujących się na materiałach zdjęciowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych.
3. Oświadczam, że poinformowałem osoby znajdujące się na materiałach promocyjnych i zdjęciowych w celu publikacji w Informatorze.

Zastrzegamy sobie prawo do zmiany przesłanych materiałów po wcześniejszym uzgodnieniu z organizacją.

Stowarzyszenie Wspierania i Rozwoju Dzieci,
Młodzieży oraz Osób Dorosłych z Autyzmem
i Zaburzeniami Pokrewnymi oraz ADHD
„Drużyna Ananasów i Przyjaciele”
Dolne Miasto 29/18, 78-600 Wałcz
tel: 505 35 29 98
NIP: 7651691411 REGON: 381287789

.....
Pieczętka Organizacji


.....

podpis osoby upoważnionej do składania oświadczenia

woli w imieniu organizacji







