

**STOWARZYSZENIE**  
„ŁOWICKI KLUB AMAZONEK”  
99-400 Łowicz, os. Bratkowice bl. 23  
REGON 100077347

.....  
(pieczęć organizacji pozarządowej\*  
/podmiotu\*/jednostki organizacyjnej\*)

12.05.2010 Łowicz  
(data i miejsce złożenia oferty)

**OFERTA**

**ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ\*/ ~~PODMIOTU\*/JEDNOSTKI~~  
~~ORGANIZACYJNEJ\*~~**

**REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO**

**„REHABILITACJA KOBIET ZE STOWARZYSZENIA” ŁOWICKI KLUB AMAZONEK”w**

Łowiczu.....

.....

(rodzaj zadania)

składana na podstawie przepisów działu II  
rozdziału 2 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.  
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

(Dz. U. Nr 96, poz. 873, z późn. zm.)

W FORMIE

**~~POWIERZENIA WYKONYWANIA ZADANIA \*~~  
WSPIERANIA WYKONANIA ZADANIA \***

PRZEZ

Stowarzyszenie "ŁOWICKI KLUB AMAZONEK"

.....  
(nazwa organu zlecającego)

**WRAZ Z**  
**WNIOSKIEM O PRYZNANIE DOTACJI ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH**  
**6402.-**  
**W KWOCIE .....**

**I. Dane na temat organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/ jednostki organizacyjnej\***

1) pełna nazwa

Stowarzyszenie Łowicki Klub Amazonek w Łowiczu os. Bratkowice  
23.....

2) forma...prawna.....Stowarzyszenie.....  
.....

3) numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub w innym rejestrze\*  
.0000238524.....  
.....

4) data wpisu , rejestracji lub utworzenia  
...26.07.2005.....  
.....

5) nr.....NIP .834-179-30-17.....

nr.... REGON 100077347.....

6) dokładny adres: miejscowość ..99-400 Łowicz os. Bratkowice bl. 23.....

gmina.....Łowicz.....

powiat Łowicz.....

województwo..łódzkie.....

7) tel.....brak.....

faks.....brak.....

e-mail: amazonkilowicz@o2.pl

8) nazwa..banku..i.numer...rachunku .

PKO S.A.: II Oddział w Łowiczu

:27 1240 1819 1111 0010 3231 0394  
.....

9) nazwiska i imiona osób upoważnionych do podpisywania umowy o wykonanie publicznego  
Zuzanna.Koniutis-viceprzewodnicząca.....Urszula Ruta-skarbnik.....

10) nazwa, adres i telefon kontaktowy jednostki bezpośrednio wykonującej zadanie, o którym

mowa w ofercie

„Stowarzyszenie” Łowicki Klub Amazonek” w Łowiczu

11) osoba upoważniona do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących oferty (imię i nazwisko oraz nr telefonu kontaktowego)

..Anna.Limanówka...tel.:697252658.....

12) przedmiot działalności statutowej:

a) działalność statutowa nieodpłatna  
tak

b) działalność statutowa odpłatna nie  
Joanna Janowicz-Garstka jako wolontariuszka prowadziła prelekcje w szkołach

13) jeżeli organizacja pozarządowa\*/ ~~podmiot\*/jednostka organizacyjna\*/~~ prowadzi działalność gospodarczą:

a) numer wpisu do rejestru przedsiębiorców,

b) przedmiot działalności gospodarczej

nie dotyczy

## II. Opis zadania

### 1. Nazwa zadania

Wspieranie działań mających na celu poprawę zdrowia, w tym świadczenia zdrowotne dla mieszkańców miasta.

## 2. Miejsce wykonywania zadania

Siedziba Stowarzyszenia Łowicki Klub Amazonek w Łowiczu os. Bratkowice 23

## 3. Cel zadania

Poprawa sprawności miejscowej i wydolności ogólnej kobiet po przebytych operacjach na piersiach z powodu raka sutków.

## 4. Szczegółowy opis zadania /spójny z kosztorysem/

1. Poprawa zakresu ruchu w stawie ramiennie-biodrowym, strony operowanej-ćwiczenia indywidualne i grupowe ogólnokondycyjne na sali i w wodzie.
2. Zwiększenie siły mięśniowej kończyny górnej, po stronie operowanej-ćwiczenia indywidualne i grupowe.
3. Mobilizacja i uelastycznienie blizny pooperacyjnej-masaż indywidualny.
4. Kompleksowaterapia przeciwobrzękowa kończyny górnej po stronie operowanej-manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie, ćwiczenia.
5. Minimalizowanie skutków mastektomii lub rekonstrukcji piersi, bóle pleców, wady postawy-masaż, ćwiczenia indywidualne i w wodzie.
6. Poprawa wydolności ogólnej, czyli układu krążeniowo-oddechowego organizmu-indywidualne i grupowe ćwiczenia na sali i w wodzie.

5. Harmonogram planowanych działań /z podaniem terminów ich rozpoczęcia i zakończenia/ wraz z liczbowym określeniem skali działań planowanych przy realizacji zadania /należy użyć miar adekwatnych dla danego zadania, np. liczba świadczeń udzielanych tygodniowo, miesięcznie, liczba adresatów/

od 01.06.2010 do 31.08.2010

8 godzin tygodniowo -ćwiczenia indywidualne manualne dla 19 amazonek.

1 godzina tygodniowo -ćwiczenia grupowe na sali

1 godzina tygodniowo -ćwiczenia grupowe na basenie miejskim.

## 6. Zakładane rezultaty realizacji zadania.

W wyniku wyżej opisanych zadań, kobiety leczone z powodu raka piersi uzyskują lepszą sprawność

kończyny górnej strony operowanej. Zwiększa się siła mięśniowa i zakresy ruchu w stawach ręki, a to przyczynia się do jej lepszej funkcjonalności, łatwiejszego wykonywania wszystkich czynności dnia codziennego, w pojęciu ilościowym i jakościowym oraz umożliwia powrót do swoich zainteresowań i hobby. Działania przeciwobrzękowe podejmowane przez kobiety po mastektomii powodują redukcję obrzęków, a tym samym zwiększenie sprawności i poprawę wyglądu kończyny. Ponadto prowadzone zajęcia ogólnokondycyjne, grupowe podnoszą wydolność ogólną czyli sprawność układu krążeniowo-oddechowego. Wspólne ćwiczenia i zabiegi oprócz wymienionych efektów w postaci wyższej sprawności miejscowej i ogólnej kobiet, dają bardzo duże korzyści psychoterapeutyczne, lepsze samopoczucie i funkcjonowanie w społeczeństwie. Do osiągnięcia w/w efektów potrzebna jest wytrwała i systematyczna praca pacjentek i terapeutów.

### III. Kalkulacja przewidywanych kosztów realizacji zadania

1. Całkowity koszt zadania.....[....8318.-  
 .....]

#### 2. Kosztorys ze względu na rodzaj kosztów

Lp.	Rodzaj kosztów (koszty merytoryczne i administracyjne związane z realizacją zadania)	Il o ś ć je d n o s t e k	Ko sz t jed nos tko wy	R o d z aj m ia r y	Koszt całkowity (w zł)	Z tego z wnioskowanej dotacji (w zł)	Z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł oraz wpłat i opłat adresatów (w zł)*
1.	Koszty osobowe poz.a,b	-	-		5600,-	5400,-	200,-
a	wynagrodzenie mgr rehabilitanta-umowa o dzieło	120	45,-	god zł.-	5400,-	5400,-	0
b	wynagrodzenie prelegenta-lekarza onkologa	1	200,-	oso ba	200,-	0	200
2	koszty rzeczowe poz.a,b,c,d,e,f,g	-	-	-	2718,-	1002,-	1716,-
a.	artykuły biurowe	3	70,-	rycz /mie	210,-	150,-	60,-

b.	koszty admin.	12/3	84,-	siac mie	1008,-	252,-	756,-
c.	koszty własne	12	50,-	s. mie	600,-	100,-	500,-
d.	rozm. telef.	3	50,-	s. rycz	150,-	0	150,-
e.	koszty deleg. -samoch.	3	50,-	.mie s. rycz	150,-	0	150,-
f.	spotkanie integrac. z okazji 5-lecia klubu	1	300,-	.mie s. zł.	300,-	250,-	50,-
g.	koszty odnowienia-malowanie klubu	1	300,-	zł.	300,-	250,-	50,-
O g ó ł e m					8318,-	6402,-	1916,-

3. Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu:

Masaż manualny jednej osoby trwa przeciętnie ok 30 min...Z masażu manualnego średnio korzysta 17 osób . 8godz.masaż ind. manualny 8x60min.=480 min/tydz. 1godz.ćwiczenia grupowe na sali=60min/tydz. 1godz.ćwiczenia grupowe na basenie=60min/tydz .Łącznie 600 min/tydzień =10 godz. / tydzień.

**IV. Przewidywane źródła finansowania zadania:**

1.

Źródło finansowania	zł	%
Wnioskowana kwota dotacji	6402,-	77%

**STOWARZYSZENIE**

„ŁOWICKI KLUB AMAZONEK”  
99-400 Łowicz, os. Bratkowice bl. 23  
REGON 100077347

Finansowe środki własne, środki z innych źródeł oraz wpłaty i opłaty adresatów*		
/z tego wpłaty i opłaty adresatów zadania .....1824,- ..... zł/	1916,-	23%
Ogółem	8318,-	100%

2. Informacja o uzyskanych przez organizację od sponsorów, środkach prywatnych lub publicznych, których kwota została uwzględniona w ramach środków własnych.\*

brak

3. Rzeczowy /np. lokal, sprzęt, materiały/ oraz osobowy /np. wolontariusze/ wkład własny w realizację zadania z orientacyjną wyceną.

Lokal wynajmowany od ŁSM w Łowiczu.  
Sprzęt- to stół w użyczeniu przez rehabilitantkę.

**V. Inne wybrane informacje dotyczące zadania**

1. Partnerzy biorący udział w realizacji zadania /ze szczególnym uwzględnieniem administracji publicznej/.

brak

2. Zasoby kadrowe – przewidywane do wykorzystania przy realizacji zadania /informacje o

kwalifikacjach osób, które będą zatrudnione przy realizacji zadań oraz o kwalifikacjach wolontariuszy/.

Justyna Baranowska mgr.rehabilitacji  
Kursy kwalifikacyjne w załączeniu kserokopie kwalifikacji

3. Dotychczasowe doświadczenia w realizacji zadań podobnego rodzaju /ze wskazaniem, które z tych zadań realizowane były we współpracy z administracją publiczną/.

Rehabilitacja kobiet -amazonek prowadzona jest od trzech i pół roku. Wszystkie osoby uczestniczące w zajęciach czują się dużo lepiej, odzyskały siły psychofizyczne po traumie, którą przeszły po zachorowaniu i ingerencji chirurgiczno-onkologicznej. Współpraca z administracją publiczną w tym roku po raz pierwszy.

4. Informacja o tym, czy oferent przewiduje korzystanie przy wykonaniu zadania z podwykonawców /określenie rodzaju podwykonawców wraz ze wskazaniem zakresu, w jakim będą uczestniczyć w realizacji zadania/.

nie

**Oświadczam(-my), że:**

- 1) proponowane zadanie w całości mieści się w zakresie działalności naszej organizacji pozarządowej\*/ ~~podmiotu\*/jednostki organizacyjnej\*/~~,
- 2) w ramach składanej oferty przewidujemy ~~pobieranie\*/niepobieranie\*~~ opłat od adresatów zadania,
- 3) organizacja pozarządowa\*/ ~~podmiot\*/jednostka organizacyjna\*/~~ jest związana(-ny) niniejszą ofertą przez okres do dnia ...~~21.11.2010~~...~~2010~~.....,
- 4) wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

(pieczęć organizacji pozarządowej\*/ podmiotu\*/ jednostki organizacyjnej\*)



*Łoniutis Luzaamo*

*Rafał Wszelę*

**STOWARZYSZENIE**  
**„ŁOWICKI KLUB AMAZONEK”**  
99-400 Łowicz, os. Bratkowice bl. 23  
REGON 100077347

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu organizacji pozarządowej\* / ~~podmiotu\*~~ / ~~jednostki organizacyjnej\*~~)

Załączniki i ewentualne referencje:

1. Aktualny odpis z rejestru lub odpowiednio wyciąg z ewidencji lub inne dokumenty potwierdzające status prawny oferenta i umocowanie osób go reprezentujących.
2. Sprawozdanie merytoryczne i finansowe /bilans, rachunek wyników lub rachunek zysków i strat, informacja dodatkowa/ za ostatni rok.\*
3. Umowa partnerska lub oświadczenie partnera /w przypadku wskazania w pkt V.1. partnera/.\*
4. Umowa o dzieło z rehabilitantem P. Justyną Baranowską

.....  
5. Ksero kwalifikacji  
.....

Poświadczenie złożenia oferty

Adnotacje urzędowe (nie wypełniać)

\* Niepotrzebne skreślić.