

Nr 100
Czerwiec
2019

inf.

BEZPŁATNY KWARTALNIK
ISSN 1509-6823

biuletyn
onkologiczny

STOWARZYSZENIE Kobiet z PROBLEMEM ONKOLOGICZNYM
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO KRS 0000082371

18-404 Łomża, Aleja Józefa Piłsudskiego 11A, pok. 410, tel. 86 47 33 263, kom. 511 867 028, konto: PKO BP nr 33 1020 1332 0000 1102 0208 9514

TO JUŻ SETNY NUMER NASZEGO BIULETYNU!

Pierwszy numer ukazał się w roku 1994 - drugim roku naszej działalności. Jego twórczynią była nasza pierwsza prezes – Ewa Iwanowska. To ona obserwując działalność pierwszego w Polsce klubu Amazonek działającego przy Centrum Onkologii w Warszawie doszła do wniosku, że w naszym regionie brakuje wydawnictw na tematy onkologiczne. Chciała również poinformować wszystkich o powstaniu w Łomży stowarzyszenia skupiającego kobiety, które dotknęła choroba nowotworowa. Później do tworzenia Biuletynu dołączyła Anna Dąbrowska i ona zajmowała się pisaniem tekstów oraz redagowaniem. Przedstawiała na bieżąco naszą działalność w zakresie pomocy kobietom chorym na raka oraz profilaktyki nowotworowej.

Biuletyn drukowano dzięki pomocy wydawnictw i wsparciu sponsorów. Od wielu lat wydajemy 4 numery rocznie dzięki wsparciu Urzędu Miasta w Łomży – każdy numer w nakładzie 1 tys. sztuk. Rozprowadzamy Biuletyn bezpłatnie na terenie naszego miasta: w Szpitalu Wojewódzkim, w przychodniach, szkołach, urzędach, instytucjach, rozdajemy na imprezach i uroczystościach, wysyłamy do koleżanek z innych klubów w całej Polsce.

Biuletyn jest jedynym wydawnictwem na tematy onkologiczne wydawanym nieprzerwanie od 25 lat!

Pierwsze numery były bardzo skromne, jednokolorowe. Z czasem jednak przybywało artykułów, tematów, aż wreszcie udało się wydać kolorowe czasopismo, przedstawiać wiele zdjęć dokumentujących nasze spotkania, akcje i przedsięwzięcia. Ważne też było dla nas, aby nasz Biuletyn przedstawiał wiele nowych wiadomości z zakresu onkologii, profilaktyki onkologicznej, samobadania piersi, sposobów leczenia chorób onkologicznych, nowych terapii i leków. Nasz Biuletyn jest zawsze dostępny na terenie szpitala i to nas bardzo cieszy! Cieszy nas również to, że jest popularny i budzi zainteresowanie kobiet z wielu środowisk.

Numer setny – to dużo, ale przecież przed nami ciągle jeszcze wiele do zrobienia.

Liczba chorych onkologicznie wzrasta z roku na rok, ale cieszy to, że w ostatnich latach wiele z tych nowych kobiet interesuje się działalnością naszego Stowarzyszenia, chce się z nami spotykać, rozmawiać, działać. Kontakt chorej kobiety z inną, która też kiedyś przeszła operację, leczenie onkologiczne pozwala na szczerość, otwartość, zrozumienie, dobre słowo i miłe gesty. Bycia razem w walce z nowotworem dodaje siły.

Słowa, które piszemy w Biuletynach pomagają wielu chorym, pomagają ich rodzinom i bliskim w zrozumieniu choroby, zachęcają do wytrwania i do wspólnej rozmowy. Uścisk dłoni i bliskie słowo – to niby niedużo, ale dla chorego tak wiele! Te słowa będziecie mogli nadal czytać w naszym wydawnictwie, do którego czytania gorąco Was zapraszamy!

BADŹCIE Z NAMI!

Barbara Porwol

NUMER

100

BIULETYNU AMAZONEK



NOWA PIERŚ

Rekonstrukcja piersi jest bezpieczna, nowe materiały pozwalają uzyskać lepszy efekt kosmetyczny, a kobiecie szybciej wrócić do sprawności – mówi **dr n. med. Sławomir Mazur**, chirurg onkolog z Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii.

Jako pierwszy wprowadził do kliniki w celach terapeutycznych autologiczne tłuszczowe komórki macierzyste w celu regeneracji tkanek i rekonstrukcji piersi. Jest autorem i współautorem dziesiątek prac naukowych, w tym rozdziału dotyczącego rekonstrukcji piersi w podręczniku Chirurgii onkologicznej.

Od ponad 30 lat związany jest z Klubem „Amazonek” Warszawa-Centrum. Odnaczony najwyższym odznaczeniem Amazonek – Złotym Łukiem.

Od tego roku kobiety, u których wykryto mutację w genach BRCA1, BRCA2, będą mogły wykonać profilaktyczną mastektomię i będzie to refundowane przez NFZ. Czy to dobra decyzja?

Tak. U kobiet, u których stwierdza się pewne mutacje genowe, jest duże zagrożenie pojawienia się nowotworu piersi. Z medycznego punktu widzenia w takiej sytuacji często najlepiej jest wykonać profilaktyczną mastektomię. Towarzystwa naukowe dawno zwracały na to uwagę, jednak nie mogliśmy wykonywać takiej procedury w ramach NFZ. O problemie zrobiło się głośno po tym, jak Angelina Jolie poddała się profilaktycznej operacji usunięcia piersi i jajników. Cieszę się, że od tego roku profilaktyczna mastektomia, wraz z rekonstrukcją piersi, będzie refundowana przez NFZ. Obawiam się jednak, czy zostanie to właściwie wycenione, czyli czy szpital nie będzie musiał do tego dopłacać. Już dziś wszystkie procedury związane z rekonstrukcją piersi są źle wycenione, to znaczy NFZ bardzo mało płaci za nie szpitalom. Szpitale dokładają do takich operacji, dlatego np. w Centrum Onkologii mamy ogromne kolejki do wykonania tzw. wtórnych rekonstrukcji piersi.

Wtórne rekonstrukcje piersi, to znaczy?

Wtórne rekonstrukcje piersi to takie, które wykonujemy u kobiet po mastektomii i po zakończeniu radykalnego leczenia onkologicznego.

Kiedy powinno się wykonać rekonstrukcję piersi? Zaraz po mastektomii czy po zakończeniu leczenia onkologicznego?

Gdy pierś trzeba usunąć, najlepiej, żeby rekonstrukcja odbyła się jak najszybciej. Jeśli jednak jest przewidywane dalsze leczenie: agre-

sywna chemioterapia, a zwłaszcza radykalna radioterapia, to natychmiastowa rekonstrukcja piersi nie zawsze jest możliwa. Jeśli pacjentka musi mieć radioterapię, to wszczepienie ciała obcego – a najczęściej w przypadku natychmiastowej rekonstrukcji piersi wykorzystywane są implanty – komplikuje leczenie. Również efekty estetyczne nie zawsze są zadowalające. Mamy jednak nadzieję, że nowe materiały, które obecnie zaczynamy wszczepiać, spowodują, że nie będzie takich problemów.

Jak wygląda operacja rekonstrukcji piersi?

Staramy się zachować skórę, brodawkę i otoczkę piersi, a w to miejsce, które pozostaje po usunięciu gruczołu piersiowego, wszczepiamy implant albo tkanki własne pacjentki.

Implant, to znaczy? Co znajduje się w środku? Czy te wypełnienia są bezpieczne?

Implanty są wypełnione silikonem. Kiedyś był to płynny silikon, zdarzało się jednak, że wydostawał się on do tkanek, co powodowało stany zapalne. Kiedyś były obawy, że protezy silikonowe mogą sprzyjać pojawianiu się nowotworów.

Potwierdziły się?

Nie. Długi okres obserwacji kobiet, u których wszczepiono protezy silikonowe, nie potwierdził tych obaw. Obecnie silikon w protezach występuje w formie żelu, nie ma więc takich obaw, że wypłynie on z protezy do organizmu. Większość firm daje na to dożywotnią gwarancję. Obecne wypełnienia nie powodują więc stanów zapalnych, reakcji immunologicznych. Są uważane za bardzo bezpieczne.

A w jaki sposób przeprowadza się rekonstrukcję piersi przy użyciu tkanek własnych pacjentki?

Przeszczepia się płat skórno-mięśniowy: pobieramy fragment mięśnia – z grzbietu lub brzucha, wraz z pokrywającymi go skórą i tkanką tłuszczową, a następnie przeszczepiamy w miejsce po mastektomii. W przypadku operacji natychmiastowych wszczepia się raczej implant, ponieważ wszczepienie tkanek własnych to duża operacja, wymagająca nawet kilkutygodniowego pobytu w szpitalu. W przypadku wtórnych zabiegów rekonstrukcyjnych wszczepiamy albo implanty, albo wykorzystujemy tkanki własne. Operacja wszczepiania implantu musi być przeprowadzona dwuetapowo, ponieważ żeby móc wszczepić docelową protezę, musimy najpierw stworzyć dla niej miejsce. Najpierw więc wszczepiamy ekspander, który rozciąga tkanki. Dopiero gdy stworzy się odpowiednią przestrzeń dla implantu, wtedy wymieniamy ekspander na docelową protezę. Gdy pacjentka ma bardzo mało tkanek podskórnej, przeżyła intensywne napromienianie i rozciągnięcie tkanki podskórnej jest niemożliwe, to jedynym sposobem, by odtworzyć pierś, jest wykorzystanie tkanek własnych.





Warto decydować się na taki sposób operacji z wykorzystaniem tkanek własnych?

To najbardziej efektywny sposób rekonstrukcji piersi, ponieważ w kolejnych latach te tkanki zachowują się jak całe ciało. To znaczy: gdy pacjentka przytyje, albo schudnie, to tak zrekonstruowane tkanki dostosowują się do tego. Jeśli kobieta miałaby implant, a potem schudnie lub przytyje, to zmienia się proporcje jej ciała. Jeśli kobieta ma zrekonstruowaną jedną pierś i wypełnioną implantem, to przez pierwsze lata obie wyglądają podobnie, jednak po pewnym czasie ta naturalna zaczyna zmieniać swój kształt, pogłębia się jej opadanie. Implant jest stały, nie zmienia kształtu. Jednak operacja z wykorzystaniem tkanek własnych nie jest łatwa. Konieczna jest duża wprawa chirurga i często znacznie dłuższy pobyt w szpitalu.

Na czym polegają najnowocześniejsze operacje z użyciem siatki biologicznych i syntetycznych?

Przy klasycznych natychmiastowych rekonstrukcjach trzeba odciąć mięsień piersiowy. Powstają wtedy ubytki, nie zawsze jest możliwe pokrycie implantu tkankami własnymi, a implant nie powinien być umieszczany bezpośrednio pod skórą. Powinien być od niej odizolowany, gdyż inaczej powoduje to złe gojenie, martwicę skóry, zwłóknienia. Pojawienie się nowych materiałów, takich jak siatki biologiczne, kolagenowe (ADM), a potem także siatki syntetyczne, całkowicie zmieniło sytuację. ADM (Acellular Dermal Matrix) to bezkomórkowa macierz dermalna (skórna), siatka biologiczna pozyskana ze skóry zwierzęcej. Została w pełni oczyszczona z elementów genetycznych, aby można ją było bezpiecznie stosować. Po wszczępieniu organizm nie traktuje jej jako ciała obcego. Z siatek tworzymy taką „koszulkę”, którą przykrywamy wszczępiany implant. Odizolowuje go ona od skóry. Tak więc nie musimy odpreparowywać mięśni, tylko w miejscu po usunięciu gruczołu wkładamy implant dopasowany objętością do usuniętego gruczołu, otoczony „koszulką”. To tzw. rekonstrukcja prepektoralna. Zabieg jest łatwiejszy do wykonania niż klasyczna operacja, trwa krócej, rana szybciej się goi, a blizna jest mniejsza.

Lepsze są siatki biologiczne czy syntetyczne?

Tego jeszcze nie wiemy. Siatki biologiczne pojawiły się kilka lat temu. To macierz ze skóry świnięskiej, wołowej, końskiej, jednak pozbawione elementów komórkowych. Pozostaje tylko rusztowanie kolagenowe, które przebudowuje się w organizmie. Organizm zastępuje ten element obcego białka własną tkanką. Z kolei materiały syntetyczne wchłanianalne to nowość ostatnich lat. Organizm wytwarza własną tkankę łączną, która z czasem zastępuje siatkę syntetyczną. Wchłanianie siatki syntetycznej trwa maksymalnie 2 lata. Po tym czasie kolagenowej substancji już nie będzie, pozostaje tylko tkanka własna pacjentki.

U każdej kobiety można zastosować te nowe materiały?

W zasadzie tak, ważne jest jednak to, czy kobieta jest zdrowa, czy nie ma cukrzycy, nadciśnienia, nie pali papierosów i nie ma innych czynników ryzyka, które mogłyby komplikować przebieg operacji. Może się ona też nie udać, jeśli piersi są bardzo duże. Generalnie jednak takie operacje są prostsze, mniej skomplikowane, jest po nich mniejsza blizna, mniej bólu. Kobieta będzie mogła szybciej wrócić do pełnej aktywności. Problemem jest jednak cena: siatki są drogie, a – jak wspominałem – operacje rekonstrukcji piersi są zbyt nisko wycenione przez NFZ. W USA 60% rekonstrukcji przy użyciu implantów jest wykonywanych z zastosowaniem ADM. Na rynku pojawia się też coraz więcej siatek syntetycznych, różnią się one jednak procesem produkcji i właściwościami.

Gazeta „Amazonki” nr 32





SPOTKANIE WIELKANOCNE





CENTRUM KATOLICKIE 29 KWIETNIA 2019 R.





REKONSTRUKCJA PIERSI

Współczesne metody rekonstrukcji piersi

Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy występujący u kobiet. Chorobą tą zostanie dotknięta co czternasta Polka. W krajach wysoko rozwiniętych zachorowalność na raka piersi stale się zwiększa. Dzięki rozwojowi medycyny, coraz lepszym metodom wczesnego wykrywania nowotworu oraz nowym metodom leczenia udało się zmniejszyć umieralność młodych kobiet w wieku do 49 roku życia.

Nowoczesne metody leczenia coraz częściej pozwalają zachować węzły chłonne pachy, co sprawia, że rzadziej występują trudne do leczenia obrzęki chłonne kończyny górnej. Częściej niż dotychczas udaje się wykonać operacje oszczędzające pierś. W efekcie przybywa młodych kobiet, które wygrały życie walcząc z rakiem, ale wymagają leczenia rekonstrukcyjnego. Proces leczenia nie powinien się kończyć na amputacji gruczołu i wyleczeniu nowotworu. Pozostaje niezmiernie istotna kwestia jak najlepszej rekonstrukcji utraconej piersi.

Chciałbym przybliżyć nowoczesne metody rekonstrukcji piersi, a szczególnie te, w których wykorzystuje się tkanki własne pacjentki. W USA na rekonstrukcje piersi decyduje się do 45% kobiet po mastektomii. W Polsce temat rekonstrukcji piersi jest niedostatecznie wypromowany. Szacuje się, że w naszym kraju

na rekonstrukcje decyduje się do 5% pacjentek. Szczęśliwie trend ten jest wzrostowy.

Cele rekonstrukcji. Chirurg przystępujący do rekonstrukcji powinien dążyć do odtworzenia symetrii piersi. Ważne by odtwarzana pierś była jak najbardziej podobna do drugiej, zdrowej piersi, a w przypadkach obustronnych rekonstrukcji liczy się zachowanie symetrii i proporcji ciała. Pozostaje jeszcze odtworzenie brodawki z otoczka, które są atrybutem naturalnie wyglądającej piersi. Wymaga to często dodatkowej operacji.

Jednocześnie, czy na raty?

Pierś można odtwarzać od razu podczas tego samego zabiegu po wykonaniu mastektomii. Otaczające tkanki nie mają blizn, lepiej poddają się kształtowaniu, kobieta szybciej wraca do równowagi psychicznej, nie ma poczucia utraty piersi. Często jednak rekonstrukcje wykonuje się w drugim etapie. Jest to podyktowane koniecznością zastosowania leczenia uzupełniającego szczególnie radioterapii. Odroczone rekonstrukcja jest możliwa najwcześniej 6 miesięcy po zakończeniu leczenia i ma swoje liczne zalety. Występuje większa pewność onkologiczna, że nowotwór został wyleczony. Chore, które przeżyły stratę piersi i przez jakiś czas pozostawały bez niej, łatwiej akceptują odtworzoną pierś pomimo ewentualnych niedoskonałości.



Protezą czy tkankami własnymi?

Dobór metody rekonstrukcji powinien być indywidualny, w zależności od preferencji pacjentki, warunków anatomicznych i jej stanu zdrowia. Od lat w rekonstrukcjach wykorzystywane są protezy silikonowe umieszczane pod skórą lub mięśniami piersiowym. Jeśli skóra wymaga wcześniejszego przygotowania (rozciągnięcia) zakładany jest ekspander – rodzaj balona w kształcie przyszłej piersi, który etapowo dopełnia się solą fizjologiczną do uzyskania pożądanych rozmiarów. Ekspander w drugim etapie wymienia się na protezę silikonową. Istnieją też ekspanderoprotezy – czyli połączenie implantu z ekspanderem – po dopełnieniu do wybranego rozmiaru ekspanderoproteza pozostaje na miejscu. Chciałbym skupić się na odtwarzaniu piersi własnymi tkankami pacjentki. Typowo najlepszym miejscem, z którego można pobrać tkanki do wytworzenia piersi jest brzuch. Starsze metody polegały na przemieszczeniu skóry i tkanki podskórnej wraz z mięśniami prostym brzucha z podbrzusza na klatkę piersiową przez tunel pod skórą (metoda TRAM). Wadą tej metody jest konieczność pobrania mięśnia co doprowadza niejednokrotnie do widocznej deformacji zarysu brzucha jak i do powstawania przepuklin. Operacji towarzyszyły również większe dolegliwości bólowe.

Nowoczesne metody wykorzystują wolne płaty tkankowe. Tkanki są całkowicie odcinane w jednym miejscu i przenoszone w inne. Wymaga to połączenia naczyń krwionośnych przy użyciu techniki mikrochirurgicznej wykonywanej pod mikroskopem. Przed zabiegiem robione jest badanie tomograficzne brzucha pozwalające na ocenę perforatorów potrzebnych do prawidłowego ukrwienia płata. Płat pobierany z podbrzusza zawiera skórę i tkankę podskórną wraz z zaopatrującym go naczyniem krwionośnym. Mięśnie brzucha pozostają na swoim miejscu. Metoda nosi nazwę DIEP pochodzącą od angielskiej nazwy naczynia krwionośnego zasilającego płat. Następnie płat jest przenoszony w miejsce po usuniętej gruczole. Naczynia łączy się pod mikroskopem z naczyniami na klatce piersiowej, co zapewnia jego ukrwienie. Z tkanek płata formowana jest nowa pierś. Dzięki temu, że utworzona jest z własnych tkanek, jest ciepła, ma naturalną konsystencję,

strukturę, oraz opada w naturalny sposób, co powoduje, że łatwiej uzyskać symetrię względem drugiej piersi.

Naturalny wygląd

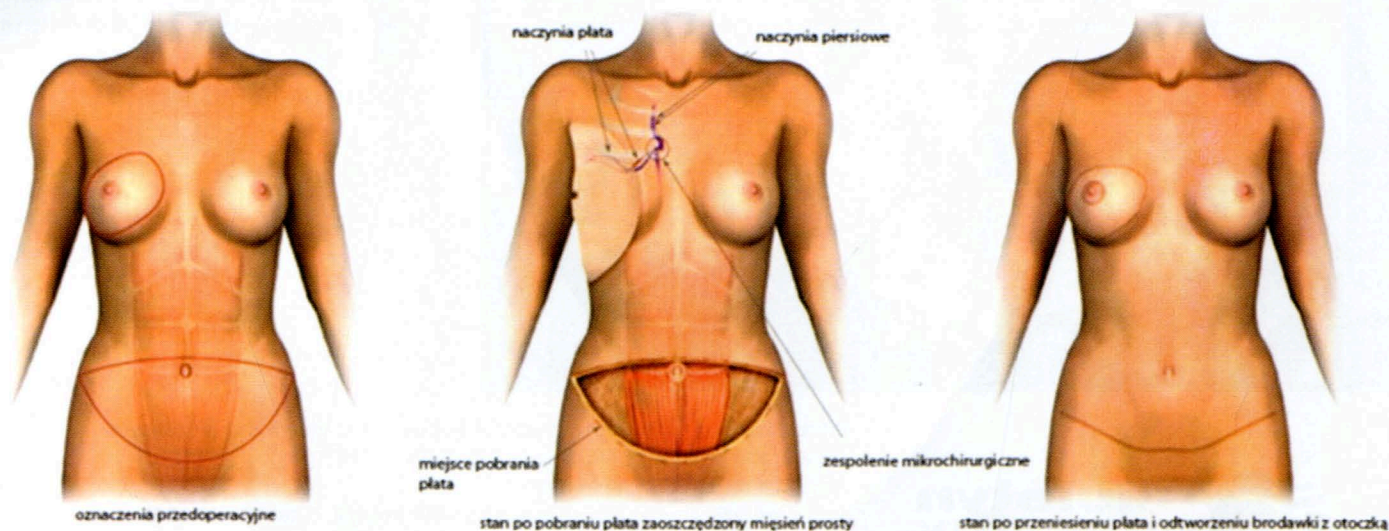
Pacjentki dobrze tolerują tą metodę, gdyż nie mają wrażenia posiadania ciała obcego. Dodatkowym atutem jest pozbycie się nadmiaru tkanki tłuszczowej i skóry brzucha, skóra jest bardziej naciągnięta, brzuch staje się płaski, a nisko umiejscowiona blizna z łatwością daje się ukryć pod bielizną. Zabieg trwa od 5-8 godzin i jest przeprowadzany w znieczuleniu ogólnym. Pacjentka pozostaje w szpitalu około tygodnia, a chodzić zaczyna już w drugim dniu po operacji. W tej metodzie operacyjnej pozostawienie mięśni brzucha sprawia, że przebieg pooperacyjny jest mniej bolesny. Chora szybko wraca do zdrowia i może zacząć aktywne życie. Po 6 miesiącach do roku po operacji można odtworzyć brodawkę i otoczkę. Wtedy pierś naturalnie się ułoży i łatwiej wybrać prawidłowe ich miejsce. W rekonstrukcji można posłużyć się częścią brodawki i otoczki ze strony zdrowej lub sporządzić mały płat celem odtworzenia brodawki, a otoczkę wytatuować. Czasami niezbędne jest modelowanie odtworzonej piersi, podniesienie drugiej piersi dla symetrycznego wyglądu lub przeszczep tkanki tłuszczowej.

Odtworzenie piersi wolnym płatem daje bardziej naturalny wygląd. Uniknąć można również potencjalnych powikłań związanych z protezą takich jak wytworzenie się wokół niej torebki łącznotkankowej, wyciek silikonu, pęknięcie czy przemieszczenie implantu. Wycięcie tkanek brzucha powoduje wyszczuplenie sylwetki – efekt płaskiego brzucha. Metoda odtwarzania piersi wolnym płatem tkankowym jest szczególnie godna polecenia u chorych, które po amputacji piersi przeszły radioterapię. Tkanki klatki piersiowej są uszkodzone, skóra cienka i mało podatna na rozciąganie, w wyniku czego założenie protezy może nie być możliwe. Z mojego doświadczenia wynika, że rekonstrukcja piersi wolnym płatem jest dobrze tolerowana i doceniana przez pacjentki.

Lukasz Ulatowski

lek. med. specjalista chirurgii ogólnej i plastycznej

Metoda rekonstrukcji DIEP





GDZIE SZUKAĆ POMOCY?

Przychodnia Onkologiczna

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (I piętro)
tel. 86 473-33-75, 86 473-33-92,
86 473-33-44, 86 473-33-83
czynna codziennie od 8.00 do 15.00.
tel. rejestracja 86 473-33-75 w godz. 7.30-15.00,
we wtorki od 8.00 do 18.00

Oddział Onkologii i Chemioterapii

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (I piętro)
tel. 86 473-33-45, 86 473-33-47, 86 473-33-77.
ultrasonograficzne badanie gruczołów piersiowych (pracownia USG)
Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (I piętro)
tel. 86 473-33-86 – czynna codziennie.
I biopsja cienkoigłowa (Zakład Patomorfologii)

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (I piętro)
tel. 86 473-32-53 – czynny codziennie;
wymaga skierowania, dla pacjentów onkologicznych – środa, piątek;
I mammografia – wykonana ze skierowaniem od onkologa

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (I piętro)
tel. rejestracja 86 473-35-98,
tel. mammografia 86 473-35-40 – codziennie.

Rehabilitacja dla członkiń Stowarzyszenia

w każdą środę w godz. 16.00-18.00 w Dziale Rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego w Łomży (II piętro).

Psycholog

Sylvia Szumańska 695 208 441

Przychodnia Rehabilitacji Leczniczej

Szpital Wojewódzki
– Łomża, al. Piłsudskiego 11 (II piętro)
codziennie od 7.00 do 17.00,
ze skierowaniem od lekarza;
tel. rejestracja 86 473-35-84 do godz. 10.00
lekarze – od 10.00 do 15.00,
tel. 86 473 35 84. we wtorki do godz. 18.00

Regionalny Ośrodek Onkologii w Białymstoku

ul. Ogrodowa 12, tel. 85 664 67 11
Centrum Onkologii w Warszawie
ul. Roentgena 5,
tel. 22 546-20-00

Biuro Stowarzyszenia

czynne w godzinach:
10.00-13.00 – od poniedziałku do piątku
tel. 86 473-32-63

1%
podatku

CZERWIEC

3 – godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala konferencyjna, II piętro

9 – Bieg po zdrowie – IV edycja „Biegu z Butelką Mleka”.

Start biegów o godzinie 10:30 OSM Piątnica

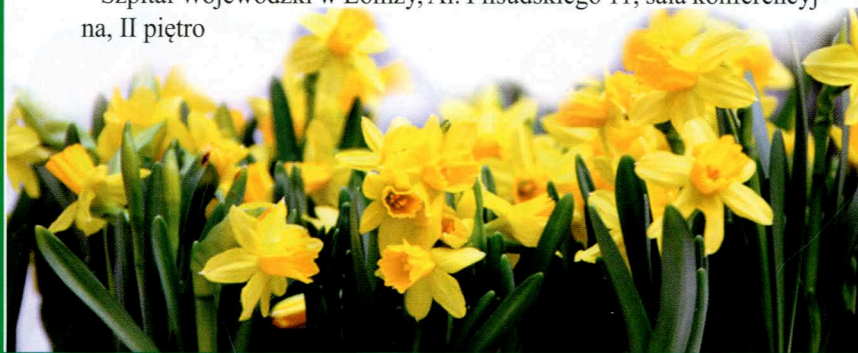
Wszystkie opłaty z wpisowego przeznaczone są na cele charytatywne m.in. na nasze Stowarzyszenie

LIPIEC i SIERPIEŃ

Przerwa wakacyjna

WRZESIEŃ

2 - godz. 17.00 – spotkanie otwarte członkiń i sympatyków Stowarzyszenia – Szpital Wojewódzki w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, sala konferencyjna, II piętro



Szanowni Państwo!

Serdecznie dziękujemy za dotychczasowe finansowe wsparcie działalności naszego Stowarzyszenia. Mamy nadzieję, że nie zawiodłyśmy Państwa zaufania. Nadal będziemy realizować nasze cele statutowe, przede wszystkim udzielać wszechstronnej pomocy kobietom chorym na raka i kontynuować programy profilaktyki zdrowotnej.

Mamy nadzieję, że zdecydujecie się Państwo przekazać Stowarzyszeniu Kobiet z Problemem Onkologicznym w Łomży, 1% swojego podatku dochodowego za ubiegły rok.

Jest to możliwe, ponieważ nasza organizacja w roku 2004 postanowieniem Sądu Rejonowego w Białymstoku otrzymała status organizacji pożytku publicznego nr KRS 0000082371.

Przekazany przez Państwa 1% podatku wykorzystamy na pomoc chorym dotkniętym nowotworem.

Należy podać nr **KRS 0000082371**.

Urząd skarbowy sam dokona przelewu kwoty na konto organizacji.

*Z wyrazami szacunku
Zarząd Stowarzyszenia*

Biuletyn Informacyjny Stowarzyszenia Kobiet z Problemem Onkologicznym
Organizacja pożytku publicznego – KRS 0000082371

Redaguje zespół: Barbara Porwoł

Adres redakcji: Łomża, Aleja Piłsudskiego 11A pokój 410, tel. 86 473 32 63

Projekt graficzny – Ewa K. Czetwertyńska

Druk: Drukarnia Kamil Borkowski, www.kdruk.pl, tel. 86 216 31 03

Nakład 1000 egz. Wszelkie prawa zastrzeżone.