

**FORMULARZ Z UWAGAMI DO OFERTY ZŁOŻONEJ
W TRYBIE ART. 19a USTAWY O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO
I O WOLONTARIACIE**

| | |
|--|--|
| 1. Rodzaj zadania publicznego | Ochrona i promocja zdrowia |
| 2. Nazwa i adres organizacji | Polskie Stowarzyszenie Diabetyków Oddział Powiatowy w Rypinie ul. Kościuszki 10, 87-500 Rypin |
| 3. Tytuł zadania publicznego | „Cukrzyca dotyczy każdej rodziny” |
| 4. Uwagi wraz z uzasadnieniem | |
| 5. Dane zgłaszającego uwagi (imię i nazwisko, nazwa podmiotu, adres korespondencyjny nr telefonu, e-mail) | |
| 6. Data wypełnienia formularza | |
| 7. Podpis zgłaszającego uwagi | |