

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

1. Rodzaj zadania publicznego	Ochrona zdrowia
2. Nazwa i adres organizacji	Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski Koło Powiatowe w Rypinie ul. Plac Sienkiewicza 4, 87-500 Rypin
3. Tytuł zadania publicznego	„Wyjazd integracyjno-rehabilitacyjny do Warszawy”
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	