

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

1. Rodzaj zadania publicznego	Działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym
2. Nazwa i adres organizacji	Polski Związek Niewidomych ul. Kościuszki 10, 87-500 Rypin
3. Tytuł zadania publicznego	„Wyjazd integracyjno-rehabilitacyjny do Poznania”
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	