

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

1. <b>Rodzaj zadania publicznego</b>	<b>Działalność na rzecz osób w wieku emerytalnym</b>
2. <b>Nazwa i adres organizacji</b>	<b>Polski Związek Niewidomych ul. Kościuszki 10, 87-500 Rypin</b>
3. <b>Tytuł zadania publicznego</b>	<b>„Wyjazd integracyjno-rehabilitacyjny do Szafarni i Torunia”</b>
4. <b>Uwagi wraz z uzasadnieniem</b>	
5. <b>Dane zgłaszającego uwagi (imię i nazwisko, nazwa podmiotu, adres korespondencyjny nr telefonu, e-mail)</b>	
6. <b>Data wypełnienia formularza</b>	
7. <b>Podpis zgłaszającego uwagi</b>	