

**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	Polski Związek Niewidomych Okrąg Kujawsko-Pomorski Koło Powiatowe w Rypinie, ul. Pl. Sienkiewicza 4, 87-500 Rypin
3. Tytuł zadania publicznego	Organizacja obchodów święta „Dnia Białej Laski” w Polskim Związku Niewidomych w Rypinie
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	