|  |  |
| --- | --- |
| 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** |
| 1. **Nazwa i adres organizacji** | **Stowarzyszenie**  **Polski Związek Niewidomych Okręg Małopolski Koło Powiatowe w Gorlicach, ul. Biecka 9B, Gorlice, KRS 0000088851** |
| 1. **Tytuł zadania publicznego** | **Moje zdrowe życie** |
| 1. **Uwagi wraz z uzasadnieniem** |  |
| 1. **Dane zgłaszającego uwagi (imię i nazwisko, nazwa podmiotu, adres korespondencyjny nr telefonu, e-mail)** |  |
| 1. **Data wypełnienia formularza** |  |
| 1. **Podpis zgłaszającego uwagi** |  |