|  |
| --- |
| 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**
 |  |