|  |
| --- |
| FORMULARZ Z UWAGAMI DO OFERTY ZŁOŻONEJ  W TRYBIE ART. 19a USTAWY O DZIAŁALNOŚCI POŻYTKU PUBLICZNEGO I O WOLONTARIACIE |
| 1. **Rodzaj zadania publicznego**
 | **Działalność na rzecz osób niepełnosprawnych** |
| 1. **Nazwa i adres organizacji**
 | **ZWIĄZEK HARCERSTWA POLSKIEGO CHORĄGIEW MAŁOPOLSKA****31-131 KRAKÓW, ul. Karmelicka 31** |
| 1. **Tytuł zadania publicznego**
 |  XVI Tydzień Osób Niepełnosprawnych**„Kolorowy zawrót głowy”** |
| 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**
 |  |