

Data wypełnienia

FORMULARZ KONSULTACJI „Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2017-2021”

Lp.	Zapis w projekcie Programu z podaniem rozdziału, ustępu, punktu, akapitu	Proponowane zmiany (propozycja nowego brzmienia rozdziału, ustępu, punktu, akapitu)	Uzasadnienie proponowanych zmian OPINIE / UWAGI / PYTANIA

Nazwa podmiotu zgłaszającego propozycję	Adres siedziby	Nr telefonu	Adres poczty elektronicznej	Imię i nazwisko osoby do kontaktu