**FORMULARZ ZGŁOSZENIA OPINII**

Do projektu „**Powiatowego Programu Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych**

**w Powiecie Brzeskim na lata 2024-2028**”.

Podmiot zgłaszający (nazwa organizacji/siedziba, e-mail, telefon):

………………………………………………………………………………………………...............................................…..

…………………………………………………………………………………………...............................................………..

………………………………………………………………………..............................................…………………………...

Opinie/uwagi/propozycje zmian zapisów/propozycje zadań wraz ze źródłem finansowania:

………...............................................…………………………………………………………………………………………..

…………...............................................………………………………………………………………………………………..

…………...............................................………………………………………………………………………………………..

………………...............................................…………………………………………………………………………………..

…………………...............................................………………………………………………………………………………..

……………………...............................................……………………………………………………………………………..

…………………………...............................................………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………...............................................………………..

……………………………………………………………………...............................................……………………………..

……………………... ……..……………………….

Miejscowość, data Imię i nazwisko osoby

upoważnionej do reprezentacji