

Data wypełnienia .....

**FORMULARZ KONSULTACJI POWIATOWEGO PROGRAMU DZIAŁAŃ NA RZECZ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH W POWIECIE  
WOŁOMIŃSKIM NA LATA 2022-2025**

Lp	Zapis w projekcie Programu z podaniem rozdziału, ustępu, punktu	Proponowane zmiany (propozycja nowego brzmienia paragrafu, ustępu, punktu)	Uzasadnienie proponowanych zmian		
1					
2					
3					
4					
Nazwa podmiotu zgłaszającego propozycję zmiany		Adres siedziby	Nr telefonu	Adres poczty elektronicznej	Imię i nazwisko osoby do kontaktu