

Data wypełnienia

FORMULARZ KONSULTACJI „POWIATOWEGO PROGRAMU ROZWOJU PIECZY ZASTĘPCZEJ NA LATA 2022 – 2024”.

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

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