

## FORMULARZ KONSULTACJI

Projektu *rocznego programu współpracy samorządu województwa kujawsko-pomorskiego z organizacjami pozarządowymi na rok 2017*

Lp.	Aktualny zapis programu	Proponowane zmiany	Uzasadnienie
1			
2			
3			
4			

### Inne uwagi

--

### Dane uczestnika konsultacji

<b>Nazwa organizacji</b>	
<b>Adres organizacji</b>	
<b>Numer telefonu/adres e-mail organizacji</b>	
<b>Imię i nazwisko osoby do kontaktu</b>	
<b>Numer telefonu, mail osoby do kontaktu</b>	

Uwaga:

Wypełnione formularze należy przelać w nieprzekraczalnym terminie do **29 września 2016 r.** (liczy się data wpływu do Urzędu ) pocztą, faksem lub mailem na adres:

**Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego**

**Departament Spraw Społecznych i Zdrowia**

**Biuro Współpracy z Organizacjami Pozarządowymi, ul. Marii Skłodowskiej Curie 73**

**87-100 Toruń, tel.: 571 293 076, 571 293 077, 571 204 292, faks: 56 656 10 85,**

**e-mail: [ngo@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:ngo@kujawsko-pomorskie.pl)**