Formularz konsultacji

*„Programu Współpracy Wojewody Świętokrzyskiego z organizacjami pozarządowymi* ***wymienionymi w art. 3 ust. 2*** *oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 Ustawy   
o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (****t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 1118   
z późn. zm.****), działającymi w zakresie pomocy społecznej w latach* ***2016-2020****”*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Aktualny zapis programu*** | ***Proponowane zmiany*** | ***Uzasadnienie*** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

Dane uczestnika konsultacji

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwa organizacji/podmiotu*** |  |
| ***Adres organizacji/podmiotu*** |  |
| ***Cele statutowe organizacji/podmiotu*** |  |
| ***Numer telefonu/adres a-mail organizacji/podmiotu*** |  |
| ***Imię i nazwisko osoby do kontaktu*** |  |
| ***Numer telefonu, e-mail*** |  |

**Wypełniony formularz należy złożyć w sekretariacie Wydziału Polityki Społecznej (Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pok. 11, parter budynku C1) lub przesłać mailem bądź faksem (e-mail:** [**wps28@kielce.uw.gov.pl**](mailto:wps28@kielce.uw.gov.pl)**; fax /41/ 342 13 72), w nieprzekraczalnym terminie od 09.11.2015 r. do 16.11.2015 r.**

Formularze anonimowe lub nie zawierające uzasadnienia nie będą rozpatrywane.