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 2024 r., poz. 1491 ze zm.), działającymi w zakresie pomocy społecznej w latach 2026-2030”*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***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 przesłać drogą pocztową tradycyjną na adres: Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, bądź drogą elektroniczną (adresy e-mail:[wps28@kielce.uw.gov.pl](mailto:wps28@kielce.uw.gov.pl) lub [czp02@kielce.uw.gov.pl](mailto:czp02@kielce.uw.gov.pl)), albo dostarczyć do sekretariatu Wydziału Polityki Społecznej   
i Zdrowia ŚUW Kielce (Al. IX Wieków Kielc 3, 25 516 Kielce, pok. 635) lub Biura Obsługi Klienta (parter bud. A), w nieprzekraczalnym terminie od 19.09.2025 r. do 26.09.2025 r.

Formularze anonimowe lub nie zawierające uzasadnienia nie będą rozpatrywane.