

Formularz uwag do oferty złożonej przez organizację prowadzącą działalność pożytku publicznego w trybie art. 19a ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie

Nr ewidencyjny oferty*	25/WZiPS/26.09/2019
Nazwa jednostki organizacyjnej Urzędu Miasta Torunia, za pośrednictwem której złożono ofertę*	Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
Rodzaj zadania publicznego*	7) działalność na rzecz osób niepełnosprawnych
Nazwa i adres oferenta*	Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Autyzmem w Toruniu ul. Pająkowskiego 44/52 87-100 Toruń
Tytuł zadania publicznego*	<i>AUTYZM STOP- program skutecznej pomocy terapeutycznej-kontynuacja</i>
Uwagi wraz z uzasadnieniem	
Dane zgłaszającego uwagi (imię, nazwisko, nazwa podmiotu, adres korespondencyjny, nr telefonu kontaktowego, e-mail)	
Data wypełnienia formularza	
Podpis	