**FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH**

**do programu**

***,,Centra opiekuńczo – mieszkalne”***

Formularz należy dostarczyć do siedziby Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Nowym Dworze Mazowieckim (sekretariat) lub na adres e- mail: sekretariat@pcprndm.pl

1. **Informacje o zgłaszającym uwagi/opinie:**
2. Imię i nazwisko:

………………………………………………………………………………………………..................

3. Adres korespondencji:

…………………………………………………………………………………………………………..

4. E-mail/telefon:

…………………………………………………………………………………………………………..

**II. Uwagi i opinie do programu *,,Centrum opiekuńczo – mieszkalne”***

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………

 podpis