|  |  |
| --- | --- |
| **Jednostka pomocy społecznej lub NGO – zgłaszająca problem/pytanie** |  |
| **Osoba do kontaktu** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Nr telefonu** |  |

**Formularz uwag, zapytań oraz problemów dla jednostek pomocy społecznej oraz organizacji pozarządowych   
z województwa zachodniopomorskiego**

**Dziedzina, której dotyczy uwaga/problem/propozycja: (np.: piecza zastępcza; rehabilitacja społeczna i in.) ………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Treść zapytania, wniosku  lub problemu** | **Propozycja rozwiązania  (jeśli dotyczy)** | **Uzasadnienie** | **Uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |