**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG**

**do typów operacji w zakresie Działania 9.2. „Dostęp do wysokiej jakości usług społecznych” – typ operacji B (usługi wsparcia rodziny i pieczy zastępczej)**

**1. Informacja o zgłaszającym:**

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko/****nazwa organizacji** |  |
| **e-mail** |  |

**2. Zgłaszane uwagi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Część dokumentu do którego odnosi się uwaga**  | **Treść uwagi**  | **Uzasadnienie uwagi** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |

Wypełniony formularz należy przesłać na adres poczty elektronicznej: dzEFS@umwd.pl
**w nieprzekraczalnym terminie do 20 lutego br.**