**Formularz konsultacji projektu zmiany Wojewódzkiego Programu Wyrównywania Szans Osób Niepełnosprawnych i Przeciwdziałania Ich Wykluczeniu Społecznemu oraz Pomocy   
w Realizacji Zadań na Rzecz Zatrudniania Osób Niepełnosprawnych w Województwie Mazowieckim na lata 2017 - 2021**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zapis w projekcie, do którego zgłaszane są uwagi wraz z numerem strony, rozdział, podrozdziały, wiersz** | **Sugerowana zmiana (konkretna propozycja nowego brzmienia zapisu  w projekcie)** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający** | **Adres** | **Nr telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** | **Data wypełnienia** |
|  |  |  |  |  |  |

Wypełniony formularz należy składać w nieprzekraczalnym terminie od dnia 22 sierpnia 2019 r. do dnia 4 września 2019 r. w jeden z poniżej wymienionych sposobów:

1. osobiście w godz. 08:00 – 16:00 w Kancelarii Mazowieckiego Centrum Polityki Społecznej, ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa;
2. drogą elektroniczną na adres e-mail: [mcps@mcps.com.pl](mailto:mcps@mcps.com.pl);
3. za pośrednictwem poczty na adres: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej,   
   ul. Nowogrodzka 62a, 02-002 Warszawa.