|  |
| --- |
| Zgłoszenie udziału w indywidualnej konsultacji dotyczącej rozliczania **zawartych w Departamencie ds. Programów** umów o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnychMiejsce konsultacji: Departament ds. Programów, Warszawa, ul. Sienna 63 |
| Nazwa Organizacji (Zleceniobiorcy) |  |
| Imię i nazwisko osoby zgłaszającej zamiar uczestnictwa w konsultacji |  |
| Nr telefonu kontaktowego  |  |
| Numer/y umowy/umów, których dotyczyć będzie konsultacja  |  |
| Proponowany termin konsultacji  |  |
| Problemy proponowane do omówienia w trakcie konsultacji (np. wprowadzanie danych do EGW)  |  |

***Uwaga:***

Niniejsze zgłoszenie należy wysłać na skrzynkę realizacja@pfron.org.pl

|  |
| --- |
| **Potwierdzenie udziału w konsultacji**(pole do wypełnienia po zakończeniu konsultacji) |
| Data konsultacji …………………………… | Czytelny podpis uczestnika/czki ze strony Organizacji ………………………………………………………………..………………………………………………………………………….. |
| Czytelny podpis pracownika Departamentu ds. Programów uczestniczącego w konsultacji………………………………………………………………..…… |