|  |  |
| --- | --- |
| 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 niepełnosprawnych  Miejsce 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](mailto: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 ………………………………………………………………..…… |