

EWIDENCJA SENIORÓW ZGŁASZAJĄCYCH POTRZEBĘ OTRZYMANIA WSPARCIA

w ramach Programu „KORPUS WSPARCIA SENIORÓW” NA ROK 2023

Lp.	DATA ZGŁOSZENIA	INSTYTUCJA PRZYJMUĄCA ZGŁOSZENIE/ IMIĘ I NAZWISKO OSOBY PRZYJMUJACEJ ZGŁOSZENIE	DANE OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA: imię i nazwisko, wiek, adres zamieszkania, numer telefonu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			