**Zarządzenie Nr 2/2023
Starosty Pszczyńskiego**

z dnia 9 stycznia 2023 r.

**w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pszczynie**

Na podstawie Uchwały NR II/12/10 Rady Powiatu Pszczyńskiego z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie przyjęcia zasad i trybu konsultowania z radą działalności pożytku publicznego lub organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, projektów aktów prawa miejscowego w dziedzinach dotyczących działalności statutowej tych organizacji

**Zarządzam:**

**§ 1.**Przeprowadzić konsultacje społeczne dotyczące projektu uchwały Rady Powiatu Pszczyńskiego w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pszczynie.

**§ 2.**1. Celem konsultacji jest poznanie opinii i uwag dotyczących ww. projektu.

2. Uzyskane opinie nie mają charakteru wiążącego.

**§ 3.**Termin rozpoczęcia i zakończenia konsultacji ustala się na okres od 13 stycznia 2023 r.
do 23 stycznia 2023 r.

**§ 4.**Forma konsultacji: zgłaszanie opinii i uwag w sprawie będącej przedmiotem konsultacji,
na formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia w formie:

1) korespondencji elektronicznej e-mail na adres: zdrowie@powiat.pszczyna.pl;

2) pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Pszczynie, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna;

3) osobiście w siedzibie Starostwa Powiatowego w Pszczynie, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna.

**§ 5.**Za prawidłowe przeprowadzenie konsultacji odpowiada Wydział Kontroli i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Pszczynie.

**§ 6.**Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Kontroli i Zdrowia.

**§ 7.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 2/2023
Starosty Pszczyńskiego
z dnia 9 stycznia 2023 r.

**Formularz zgłaszania uwag do projektu uchwały Rady Powiatu Pszczyńskiego w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pszczynie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osoby zgłaszającej uwagi do uchwały1** |  |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **E-mail, nr telefonu** |  |

**Zgłaszane uwagi, wnioski, propozycje1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Część dokumentu do którego odnosi się uwaga** | **Treść uwagi (propozycja zmian)** | **Uzasadnienie uwagi** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **(...)** |  |  |  |

1 poszczególne pola mogą zostać dowolnie rozszerzone