Załącznik do zarządzenia Nr 53/2019
Starosty Pszczyńskiego
z dnia 6 grudnia 2019 r.

**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG DO PROJEKTU UCHWAŁY RADY POWIATU PSZCZYŃSKIEGO W SPRAWIE USTALENIA ROZKŁADU GODZIN PRACY APTEK OGÓLNODOSTĘPNYCH NA TERENIE POWIATU PSZCZYŃSKIEGO NA ROK 2020.**

1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ UWAGI DO UCHWAŁY1

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **NAZWA ORGANIZACJI/INSTYTUCJI** |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** |  |
| **E-MAIL, NR TELEFONU** |  |

2. 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