**FORMULARZ UWAG PODCZAS KONSULTACJI**

**PROJEKTU UCHWAŁY SEJMIKU WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO W SPRAWIE ZMIANY STATUTU Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych**

**I. INFORMACJA O ZGŁASZAJĄCYM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa organizacji\*** |  |
| **Numer KRS** **lub w innym rejestrze/ewidencji – jeśli dotyczy\*** |  |
| **Osoba/osoby do kontaktu\*** |  |
| **Adres do korespondencji \*\*** |  |
| **Adres e-mail \*\*** |  |
| **Numer telefonu \*\*** |  |

\*Pole obowiązkowe

\*\*Przynajmniej jedno z pól obowiązkowe

|  |
| --- |
| Oświadczam(y), iż dane organizacji pozarządowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym oraz widnieją w aktualnym wyciągu z rejestru, ewidencji lub w innym dokumencie. ………………………………………………………………… Podpis osoby upoważnionej/podpisy osób upoważnionych do reprezentowania organizacji |

**II. UWAGI / PROPOZYCJE ZGŁOSZONE DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Odwołanie się do miejsca w dokumencie (rozdział i strona)** | **Obecny zapis** | **Proponowany zapis** | **Uzasadnienie zmiany** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **\*** |  |  |  |  |
| **Uwagi można składać za pośrednictwem niniejszego formularza****drogą elektroniczną:** **dzd@opolskie.pl**lub drogą pocztową: Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej, ul. Piastowska 14, 45 – 082 Opole.*W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny: tel.: 77 444 55 21, 77 444 55 00* |

**\*Dopuszczalne jest dodawanie kolejnych wierszy w tabeli**