**FORMULARZ UWAG PODCZAS KONSULTACJI PROJEKTU**

**UCHWAŁY SEJMIKU WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO W SPRAWIE ZMIANY STATUTU**

**Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii   
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu**

**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](mailto: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