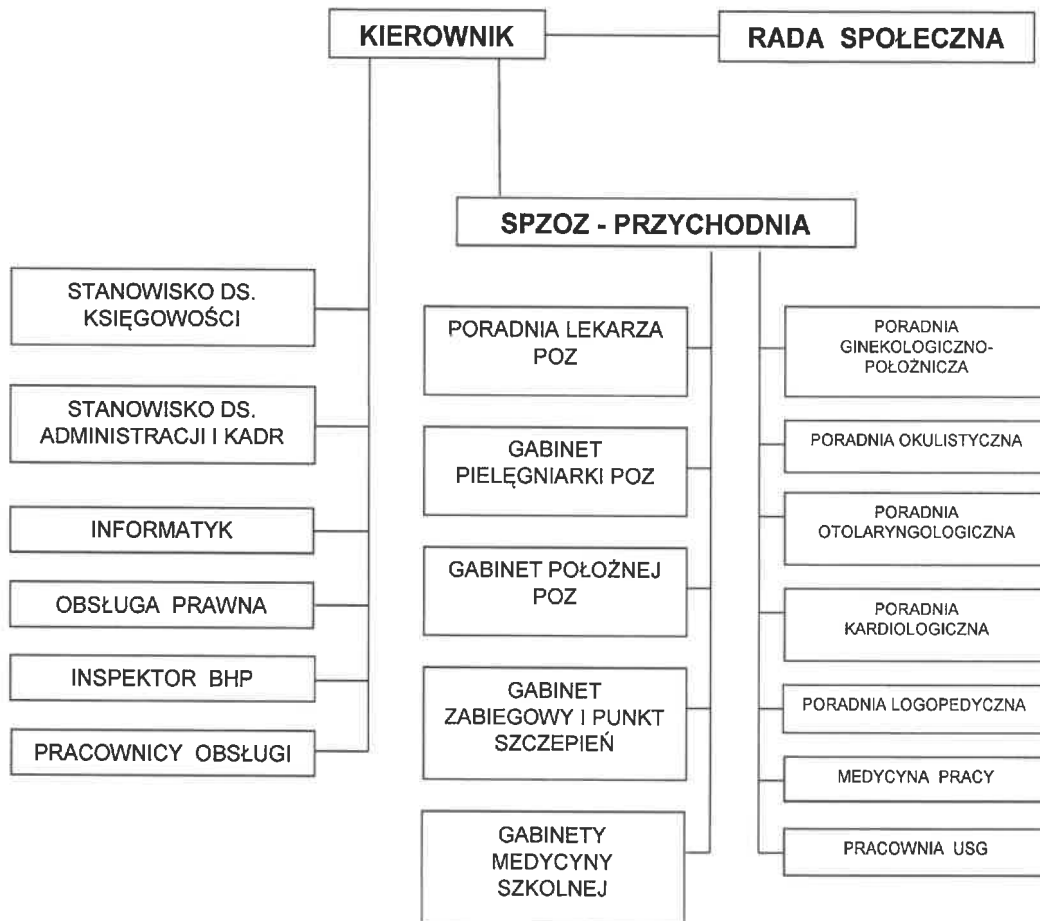


Załącznik nr 1 do Statutu
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Porębie



FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH

projektu uchwały Rady Miasta Poręba w sprawie Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Porębie

| | | |
|-----|--|--|
| 1. | Nazwa podmiotu zgłaszającego uwagę, opinię, propozycję: | |
| 2. | Dane teleadresowe podmiotu (adres korespondencyjny, telefon, e-mail): | |
| 3. | Osoba do kontaktu w sprawie konsultacji (imię i nazwisko, telefon, adres email): | |
| 4. | Aktualny zapis w akcie prawnym: | |
| 5. | Propozycja zmiany zapisu w akcie prawnym: | |
| 6. | Uzasadnienie proponowanej zmiany: | |
| 7. | Inne uwagi i opinie: | |
| 8. | <i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konsultacji społecznych – zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity :Dz. U. z 2014r. poz.1182 z późn. zm.)</i> | |
| 9. | Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji podmiotu (imię i nazwisko oraz funkcja) | |
| 10. | Data wypełnienia formularza : | |

Dziękujemy za zgłoszenie uwag, opinii i propozycji.

**Formularz prosimy złożyć w Referacie Organizacyjnym,
pokój nr 1 Urzędu Miasta Poręba, ul. Dworcowa 1**

42 – 480 Poręba