**FORMULARZ KONSULTACJI SPOŁECZNYCH**

**projektu uchwały Rady Miasta Poręba w sprawie zmiany w Statucie 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.** | *Wyrażam zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konsultacji społecznych – zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r.o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1182 późn.. zm.)* | |
| **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**