

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