

**FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG DO PROJEKTU UCHWAŁY RADY POWIATU
PSZCZYŃSKIEGO W SPRAWIE USTALENIA ROZKŁADU GODZIN PRACY APTEK
OGÓLNODOSTĘPNYCH NA TERENIE POWIATU PSZCZYŃSKIEGO NA ROK 2019R.**

1. DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ UWAGI DO UCHWAŁY¹

IMIĘ I NAZWISKO	
NAZWA ORGANIZACJI/INSTYTUCJI	
ADRES KORRESPONDENCYJNY	
E-MAIL, NR TELEFONU	

2. ZGŁASZANE UWAGI, WNIOSKI, PROPOZYCJE¹

L.P.	CZĘŚĆ DOKUMENTU DO KTÓREGO ODNOSI SIĘ UWAGA	TREŚĆ UWAGI (PROPOZYCJA ZMIAN)	UZASADNIENIE UWAGI
1.			
2.			
3.			
4.			
(...)			

¹ poszczególne pola mogą zostać dowolnie rozszerzone