

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