Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 2/2023
Starosty Pszczyńskiego
z dnia 9 stycznia 2023 r.

**Formularz zgłaszania uwag do projektu uchwały Rady Powiatu Pszczyńskiego w sprawie likwidacji Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Pszczynie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osoby zgłaszającej uwagi do uchwały1** |  |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **Adres korespondencyjny** |  |
| **E-mail, nr telefonu** |  |

**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