**Zarządzenie Nr 1/2019
Starosty Pszczyńskiego**

z dnia 2 stycznia 2019 r.

**w sprawie przeprowadzenia konsultacji społecznych dotyczących projektu uchwały Rady Powiatu Pszczyńskiego w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Pszczyńskiego na rok 2019r.**

Na podstawie Uchwały NR II/12/10 Rady Powiatu Pszczyńskiego z dnia 22 grudnia 2010 r. w sprawie przyjęcia zasad i trybu konsultowania z radą działalności pożytku publicznego lub organizacjami pozarządowymi i podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, projektów aktów prawa miejscowego w dziedzinach dotyczących działalności statutowej tych organizacji

**Zarządzam:**

**§ 1.**Przeprowadzić konsultacje społeczne dotyczące projektu uchwały Rady Powiatu Pszczyńskiego w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Pszczyńskiego na rok 2019r.

**§ 2.**Celem konsultacji jest poznanie opinii i uwag dotyczących ww. projektu. Uzyskane opinie nie mają charakteru wiążącego.

**§ 3.**Termin rozpoczęcia i zakończenia konsultacji ustala się na okres od **7 stycznia 2019r. do
15 stycznia 2019r.**

**§ 4.**Forma konsultacji: zgłaszanie opinii i uwag w sprawie będącej przedmiotem konsultacji, na formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego zarządzenia w formie:

1) korespondencji elektronicznej e-mail na adres: zdrowie@powiat.pszczyna.pl;

2) pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna;

3) osobiście w siedzibie Starostwa Powiatowego, ul. 3 Maja 10, 43-200 Pszczyna.

**§ 5.**Za prawidłowe przeprowadzenie konsultacji odpowiada Wydział Kontroli i Zdrowia Starostwa Powiatowego w Pszczynie.

**§ 6.**Wykonanie zarządzenia powierza się Naczelnikowi Wydziału Kontroli i Zdrowia.

**§ 7.**Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Załącznik do zarządzenia Nr 1/2019
Starosty Pszczyńskiego
z dnia 2 stycznia 2019 r.

**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 KORESPONDENCYJNY** |  |
| **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