**FORMULARZ UWAG PODCZAS KONSULTACJI**

**PROJEKTU UCHWAŁY SEJMIKU WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO W SPRAWIE ZMIANY STATUTU Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Opolskie Centrum Onkologii
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu**

**I. INFORMACJA O ZGŁASZAJĄCYM:**

|  |  |
| --- | --- |
| **nazwa organizacji *[pole obowiązkowe]*** |  |
| **numer KRS *[pole obowiązkowe]*** |  |
| **osoba do kontaktu *[pole obowiązkowe]*** |  |
| **adres do korespondencji *[pole opcjonalne do wypełnienia]*** |  |
| **e-mail *[pole opcjonalne do wypełnienia]*** |  |
| **nr telefonu kontaktowego *[pole opcjonalne do wypełnienia]*** |  |

**II. UWAGI / PROPOZYCJE ZGŁOSZONE DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Odwołanie się do miejsca w dokumencie (rozdział i strona)** | **Obecny zapis** | **Powinno być** | **Uzasadnienie zmiany** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
| **Uwagi można składać za pośrednictwem niniejszego formularza****drogą elektroniczną: dzd@opolskie.pl***W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości prosimy o kontakt telefoniczny: tel.: 77 444 55 21 , 77 444 55 00* |

**\*UWAGA: dopuszczalne jest dodawanie kolejnych wierszy w tabeli.**