**WZÓR**

**FORMULARZA UWAG/OPINII**

**do projektu uchwały Rady Powiatu w Lubaczowie w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych działających na terenie Powiatu Lubaczowskiego w 2023 r.**

|  |
| --- |
| **Dane podmiotu zgłaszającego uwagi/opinie** |
| Nazwa organizacji pozarządowej prowadzącej działalność pożytku publicznego |
| Imię i nazwisko osoby zgłaszającej/ status zgłaszającego w organizacji |
| Dane teleadresowe (adres do korespondencji, telefon, e-mail) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Uwagi do projektu uchwały Rady Powiatu w Lubaczowie w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych działających na terenie Powiatu Lubaczowskiego w 2023 r.** | | | |
| Lp. | Część dokumentu do którego odnosi się uwaga | Treść uwagi (propozycja zmian) | Uzasadnienie uwagi |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| (…) |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Opinie do projektu uchwały Rady Powiatu w Lubaczowie w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych działających na terenie Powiatu Lubaczowskiego w 2023 r.** |
|  |

Data wypełnienia………. Podpis ………………

Formularz konsultacji należy przesłać w terminie do dnia 07-11-2022 r. w wersji elektronicznej na adres: [starostwo@lubaczow.powiat.pl](mailto:starostwo@lubaczow.powiat.pl) lub wersji pisemnego stanowiska, które należy składać w Sekretariacie Starostwa Powiatowego w Lubaczowie, ul. Jasna 1, 37-600 Lubaczów