……
(pieczęć organizacji pozarządowej)

FORMULARZ ZGŁOSZENIA OPINII

……
(nazwa aktu podlegającego konsultacji)

Termin zgłaszania opinii do projektu aktu: ……

Nazwa organizacji wnoszącej opinię: ……

……

Opinie/uwagi/propozycje zmian zapisów: ……

……

……

……

……

……

……

……

……

Chojnice, dnia: …… ……
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej opinię, uprawnionej statutowo do reprezentowania organizacji pozarządowej lub upoważnionej w tym celu)

Uwaga !
Formularz zgłoszenia opinii należy przesłać na adres: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej Plac Niepodległości 7, 89-600 Chojnice złożyć osobiście w biurze podawczym lub przesłać zeskanowany dokument za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres e-mail: sekretariat@mopschojnice.pl