

.....
(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