Załącznik do Trybu przeprowadzania konsultacji projektu programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego

Formularz zgłaszania uwag do projektu programu polityki zdrowotnej

L.P.	CZĘŚĆ PROJEKTU PROGRAMU DO KTÓREJ ODNOSI SIĘ UWAGA (ROZDZIAŁ, PODROZDZIAŁ, NUMER STRONY)	FRAGMENT TEKSTU PROJEKTU PROGRAMU, DO KTÓREGO ODNOSI SIĘ UWAGA (JEŻELI UWAGA ODNOSI SIĘ DO KONKRETNEGO ZAPISU)	TREŚĆ UWAGI – PROPONOWANY ZAPIS	UZASADNIENIE UWAGI	UWZGLĘDNIENIE UWAGI

Nazwa i adres jednostki samorządu terytorialnego zgłaszającej uwagi:

……..

Sporządził/a: ……

Imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe