**Formularz konsultacji**

1. **Przedmiot konsultacji**: *projekt Uchwały Rady Powiatu Żagańskiego w sprawie określenia*

*rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie* *powiatu żagańskiego w roku 2020.*

1. **Dane organizacji**:
2. Nazwa i adres ………………………………………………………………………………………………
3. Numer telefonu kontaktowego bądź adres e-mail do kontaktu ………………………………………………………………………………………………
4. Dane rejestrowe organizacji………………………………………………………………….
5. Osoba uprawniona do reprezentowania organizacji …………………………………………
6. Nazwisko i imię osoby zgłaszającej…………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Paragraf | Obecny zapis w projekcie | Proponowana zmiana | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwagi:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data Podpis osoby zgłaszającej

……………… …………………………….