**Data wypełnienia** ......................................................................................

**FORMULARZ KONSULTACJI *Programu rozwoju pieczy zastępczej w powiecie grudziądzkim na lata 2019-2021***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zapis w projekcie Programu z podaniem rozdziału, ustępu, punktu, akapitu** | **Proponowane zmiany** **(propozycja nowego brzmienia** **rozdziału, ustępu, punktu, akapitu)** | **Uzasadnienie proponowanych zmian****OPINIE / UWAGI / PYTANIA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu****zgłaszającego propozycję** | **Adres siedziby** | **Nr telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |
|  |  |  |  |  |