**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** |
|  |  |  |  |  |