***FORMULARZ***

***konsultacji projektu* *„POWIATOWEGO PROGRAMU ROZWOJU PIECZY ZASTĘPCZEJ W POWIECIE RAWSKIM NA LATA 2025-2027”***

**1. Informacje o zgłaszającym uwagi**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Instytucja |  |
| Adres korespondencyjny |  |
| Adres e-mail |  |
| Nr telefonu |  |

**2. *Zgłaszane uwagi do projektu „POWIATOWEGO PROGRAMU ROZWOJU PIECZY ZASTĘPCZEJ W POWIECIE RAWSKIM NA LATA 2025-2027”***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nr strony w dokumencie | Obecny zapis | Propozycja zmian | Uzasadnienie zmian |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |