

Formularz zgłaszania opinii lub uwag do projektu Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030

1. Informacje ogólne o zgłaszającym

Imię i nazwisko	
Instytucja	
Adres do korespondencji/email	
Telefon/fax	

Proszę zaznaczyć odpowiednim krzyżykiem:

- ☐ przedsiębiorca
- ☐ organizacja pozarządowa
- ☐ samorząd powiatowy lub jego jednostka
- ☐ samorząd gminny lub jego jednostka
- ☐ inne, jakie:

Uwagi w ramach konsultacji będą przyjmowane wyłącznie na niniejszym formularzu. Konieczne jest wypełnienie punktu 1.

Wypełniony formularz prosimy przesłać pocztą elektroniczną na adres: starostwo@wabrzezno.pl lub oz@wabrzezno.pl . W tytule emaila prosimy wpisać „Konsultacje społeczne Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030”.

Formularz można także składać listownie na adres: Starostwo Powiatowe w Wąbrzeźnie, ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno z dopiskiem na kopercie „Konsultacje społeczne Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030” lub osobiście w Sekretariacie Starostwa Powiatowego w Wąbrzeźnie, ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno, pok. 130. Decyduje data wpływu.

2. Zgłaszane opinie, uwagi do Powiatowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2024-2030

Lp.	Część wniosku, do którego odnosi się opinia, uwaga (punkt, podpunkt, strona)	Komentowany/a fragment/treść	Propozycja zmiany	Uzasadnienie
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				