

.....
(pieczęć organizacji/ podmiotu zgłaszającego opinię/ uwagi)

.....
(miejscowość, data)

WÓJT GMINY KWIDZYN
ul. Grudziądzka 30
82-500 Kwidzyn

FORMULARZ KONSULTACJI

projektu uchwały Rady Gminy Kwidzyn w sprawie "Gminnego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2019 – 2020"

Nazwa organizacji pozarządowej/ podmiotu wnoszącego opinię wraz z podaniem adresu, telefonu, e-mail:

.....
.....

Opinia, uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(imię i nazwisko oraz funkcja osoby zgłaszającej opinię, uwagi,
uprawnionej do występowania w imieniu organizacji)
.....
(czytelny podpis)