**FORMULARZ ZGŁASZANIA OPINII**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa podmiotu zgłaszającego uwagę, opinię, propozycję |  |
| Dane teleadresowe podmiotu (adres korespondencyjny, tel., e-mail) |  |
| Przedmiot konsultacji: | Projekt Rocznego Programu Współpracy Miasta Sejny z organizacjami pozarządowymi oraz innymi uprawnionymi podmiotami na 2024 rok |
| Wyrażam(y) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu konsultacji społecznych | |
| Czytelne podpis(y) upoważnionej(ych) osoby (ób) do reprezentacji podmiotu  (wpis: imię i nazwisko, funkcja lub pieczątka imienna i podpis) |  |
| Data wypełnienia formularza |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| lp. | Zapis w projekcie Programu współpracy na 2024 rok, do którego zgłaszane są uwagi wraz z nr paragrafu, ustępu, punktu | Sugerowana zmiana (konkretna propozycja nowego brzmienia paragrafu, ustępu, punktu) | Uzasadnienie |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |