**Wzór**

**Uwagi do projektu programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego.**

**Nazwa instytucji/pieczątka**

**…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………..**

**…………………………………………………………..**

**Uwagi:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (+nr str.)** | **Treść uwagi (propozycja zmian)** | **Uzasadnienie uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |