**Formularz konsultacji projektu uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego   
w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Zespolonemu im. Ludwika Perzyny w Kaliszu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu zgłaszającego propozycje** | **Adres** | **Nr telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Numer paragrafu/punktu  w projekcie *Programu*** | **Sugerowana zmiana  (konkretny zapis paragrafu/punktu)** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Wypełniony formularz należy odesłać w nieprzekraczalnym terminie **do 29 października 2020 roku do** Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego w Poznaniu lub na adres poczty elektronicznej: [**dz.sekretariat@umww.pl**](mailto:dz.sekretariat@umww.pl)**.**