

Informacja o konsultacjach projektu uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego.

Zarząd Powiatu w Myszkowie zaprasza zainteresowane organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego, wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, do zapoznania się z projektem i zgłaszania propozycji zmian do projektu uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego.

Projekt uchwały i formularz propozycji zmian dostępny jest na stronie internetowej Powiatu Myszkowskiego: www.powiatmyszkowski.pl, w zakładce „Konsultacje z organizacjami pozarządowymi”

Ewentualne propozycje zmian proszę przekazywać:

- pocztą elektroniczną na adres: es@powiatmyszkowski.pl podając w temacie „projekt uchwały w sprawie aptek”
- faksem na numer: 34/315-91-60
- pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Myszkowie, Wydział Edukacji, Zdrowia i Spraw Społecznych, ul. Pułaskiego 6, 42-300 Myszków
- bezpośrednio do Wydziału Edukacji, Zdrowia i Spraw Społecznych, pok. 510, V piętro.

Termin przyjmowania propozycji zmian do projektu uchwały upływa z dniem 14 października 2015 roku.

Załączniki:

1. Projekt uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego wraz z załącznikami.
2. Formularz propozycji zmian do projektu.

**Formularz propozycji zmian do projektu uchwały w sprawie
określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na
terenie Powiatu Myszkowskiego.**

Dane podmiotu zgłaszającego propozycje		
Nazwa organizacji lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy		
Imię i nazwisko osoby zgłaszającej uwagi/ funkcja zgłaszającego w organizacji pozarządowej		
Dane teleadresowe organizacji (adres do korespondencji, telefon, e-mail)		
Propozycje zmian do projektu przedmiotowej uchwały		
Nr załącznika do projektu uchwały	Proponowany zapis	Uzasadnienie dokonania zmiany
Załącznik Nr 1 określający rozkład godzi pracy aptek <i>(proszę wskazać punkt w tabeli do której odnosi się zmiana)</i>		
Załącznik Nr 2 określający plan dyżurów nocnych na 2016 rok <i>(proszę wskazać termin dyżuru do którego odnosi się zmiana)</i>		
Data i podpis osoby zgłaszającej propozycje		

-Dziękujemy-