

.....
pieczęć organizacji pozarządowej

FORMULARZ ZGŁOSZENIA OPINII / UWAG

Projekt Programu Współpracy Miasta i Gminy Margonin z organizacjami pozarządowymi na rok 2024

Lp.	Aktualny zapis uchwały	Proponowane zmiany	Uzasadnienie

Inne uwagi

--

Dane uczestnika konsultacji:

Nazwa organizacji	
Adres organizacji	
Numer telefonu/adres e-mail organizacji	
Imię i nazwisko osoby do kontaktu	
Numer telefonu/adres e-mail osoby do kontaktu	

Uwaga:

Termin zgłaszania opinii do projektu programu współpracy: od 13.11.2023 r. do 20.11.2023 r.
Wypełnione formularze należy przesłać pocztą tradycyjną lub pocztą elektrotechniczną na adres:
Urząd Miasta i Gminy w Margoninie ul. Kościuszki 13, 64-830 Margonin,
adres e-mail: joanna.koczorowska@margonin.pl

Margonin, dnia

.....
Imię i nazwisko osoby
zgłaszającej opinię/uwagi uprawnionej
statutowo do reprezentowania
organizacji pozarządowej lub
upoważnionej w tym celu.