**FORMULARZ KONSULTACJI**

projektu Uchwały Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego w sprawie połączenia Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach

1. **Zgłaszane uwagi oraz propozycje zmian wraz z uzasadnieniem**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (§ / ust. / pkt)** | **obecny zapis**  | **proponowana zmiana** | **uzasadnienie zmiany** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Dane kontaktowe Zgłaszającego uwagi\*:**

|  |  |
| --- | --- |
| **imię i nazwisko** |  |
| **nazwa instytucji / podmiotu** |  |
| **adres instytucji / podmiotu,****adres do korespondencji** |  |
| **dane kontaktowe****(tal. / fax / e-mail)** |  |
| **miejscowość i data wypełnienia formularza** |  |

**\***Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby prowadzonych konsultacji „projektu Uchwały Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego w sprawie połączenia WSSzDz z WSzZ”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. tj. z 2014, poz.1182 z późn. zm.)

**UWAGA:**

Wypełniony formularz należy przesłać **w terminie 30 dni**, liczonym od dnia następującego po dniu doręczenia „Projektu Uchwały” / opublikowania na stronie internetowej [www.sejmik.kielce.pl](http://www.sejmik.kielce.pl)

Liczy się **data złożenia wypełnionego formularza** do Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach: osobiście, pocztą, faksem lub e-mailem na adres:

* **Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego**

**Departament Ochrony Zdrowia**

**al. IX Wieków Kielc 3; 25-516 Kielce**

z dopiskiem: „**konsultacje projektu Uchwały Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego w sprawie połączenia WSSzDz z WSzZ”**

* Fax (Kancelaria Urzędu): **41 344 52 65**
* e-mail: **sekretariat.DOZ@sejmik.kielce.pl**