

## FORMULARZ KONSULTACJI

Projektu „Programu współpracy Gminy Stawiguda z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust.3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na lata 2016”.

Lp.	Wskazanie dotychczasowych zapisów, które Państwa zdaniem wymagałyby zmiany	Proponowana treść zmiany	Uzasadnienie proponowanych zmian
1			
2			
3			
....			

### Dane uczestnika konsultacji:

Nazwa organizacji	
Adres organizacji	
tel. kontaktowy / adres mailowy	
Działalność statutowa organizacji w zakresie obejmującym zapisy konsultowanego projektu	
Imię i nazwisko oraz funkcja osób reprezentujących organizację	

.....  
.....  
Data, podpisy osób reprezentujących podmiot  
wraz ze wskazaniem pełnionej funkcji