**Formularz zgłaszania uwag i wniosków**

dotyczących projektu uchwały Rady Powiatu Częstochowskiego w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu częstochowskiego na 2019 rok.

1. Podmiot zgłaszający (nazwa organizacji, imię i nazwisko, siedziba, e-mail, telefon):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proponowane rozwiązania/uwagi do projektu uchwały:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………