

**Formularz zgłaszania uwag i wniosków**

**dotyczących projektu uchwały Rady Powiatu w Kłobucku w sprawie ustalenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu kłobuckiego.**

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

.....  
.....  
.....  
.....

2. Proponowane rozwiązania/uwagi do projektu uchwały :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....