**Informacja o konsultacjach projektu uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego.**

Zarząd Powiatu w Myszkowie zaprasza zainteresowane organizacje pozarządowe oraz podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego, wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie, do zapoznania się z projektem i zgłaszania propozycji zmian do projektu uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego.

Projekt uchwały i formularz propozycji zmian dostępny jest na stronie internetowej Powiatu Myszkowskiego: [www.powiatmyszkowski.pl](http://www.powiatmyszkowski.pl), w zakładce „Konsultacje z organizacjami pozarządowymi”

Ewentualne propozycje zmian proszę przekazywać:

- pocztą elektroniczną na adres: es@powiatmyszkowski.pl podając w temacie

 „projekt uchwały w sprawie aptek”

- pisemnie na adres: Starostwo Powiatowe w Myszkowie, Wydział Edukacji, Zdrowia

 i Spraw Społecznych, ul. Pułaskiego 6, 42-300 Myszków

- bezpośrednio do Wydziału Edukacji, Zdrowia i Spraw Społecznych, pok. 510,

 V piętro.

**Termin przyjmowania propozycji zmian do projektu uchwały upływa z dniem**2 listopada 2023 roku.

Załączniki:

1. Projekt uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego wraz z załącznikami.
2. Formularz propozycji zmian do projektu.

**Formularz propozycji zmian do projektu uchwały w sprawie określenia rozkładu godzin pracy aptek ogólnodostępnych na terenie Powiatu Myszkowskiego.**

|  |
| --- |
| **Dane podmiotu zgłaszającego propozycje** |
| Nazwa organizacji lub podmiotu wymienionego w art. 3 ust. 3 ustawy |
| Imię i nazwisko osoby zgłaszającej uwagi/ funkcja zgłaszającego w organizacji pozarządowej |
| Dane teleadresowe organizacji (adres do korespondencji, telefon, e-mail) |
| **Propozycje zmian do projektu przedmiotowej uchwały** |
| **Nr załącznika do projektu uchwały** | **Proponowany zapis** | **Uzasadnienie dokonania zmiany** |
| Załącznik Nr 1 określający rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych na I półrocze 2024 roku*(proszę wskazać punkt w tabeli do której odnosi się zmiana )* |  |  |
| Załącznik Nr 2 określający plan dyżurów na I półrocze 2024 roku *(proszę wskazać termin dyżuru do którego odnosi się zmiana)* |  |  |
| Data i podpis osoby zgłaszającej propozycje |

***-Dziękujemy-***