**Zaproszenie do wzięcia udziału w konsultacjach projektu uchwały w sprawie zmiany Uchwały Nr XXXIII/212/2012 Rady Powiatu w Myszkowie z dnia 30 listopada 2012 roku w sprawie nadania Statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie z późn. zm.**

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 uchwały w sprawie zmiany statutu SP ZOZ w Myszkowie i zgłaszania propozycji zmian.

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](mailto:es@powiatmyszkowski.pl) podając w temacie

„projekt uchwały w sprawie zmiany statutu SP ZOZ w Myszkowie”,

- faksem na numer: 34/315-91-60,

- 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**23 stycznia 2024 roku.

Załączniki:

1. Projekt uchwały w sprawie zmiany Uchwały Nr XXXIII/212/2012 Rady Powiatu w Myszkowie z dnia 30 listopada 2012 roku w sprawie nadania Statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie z późn.zm.
2. Formularz propozycji zmian do projektu.

**Formularz propozycji zmian do projektu uchwały w sprawie zmiany statutu SP ZOZ w Myszkowie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** | | |
| **Załącznik do projektu uchwały** | **Proponowany zapis** | **Uzasadnienie dokonania zmiany** |
| Statut SP ZOZ w Myszkowie  *(proszę wskazać § do którego odnosi się proponowana zmiana)* |  |  |
| Załącznik Nr 1 – schemat organizacyjny SP ZOZ w Myszkowie  *(proszę wskazać zapis do którego odnosi się proponowana zmiana)* |  |  |
| Załącznik Nr 2 – wykaz jednostek i komórek organizacyjnych funkcjonujących w ramach SP ZOZ w Myszkowie  *(proszę wskazać punkt i ppkt, do którego odnosi się proponowana zmiana)* |  |  |
| Data i podpis osoby zgłaszającej propozycje | | |

***-Dziękujemy-***