Załącznik nr 3

do uchwały nr …........................……/18

Zarządu Województwa Dolnośląskiego

z dnia ………….............…… 2018 r.



**Formularz konsultacji regionalnego programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych na terenie województwa dolnośląskiego**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zapis do którego zgłaszane są uwagi**  | **Sugerowana zmiana (konkretna propozycja nowego brzmienia)** | **Uzasadnienie** |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający propozycje** | **Adres** | **Nr telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby kontaktowej** | **Data wypełnienia** |
|  |  |  |  |  |  |

Wypełnione formularze, zawierające opinie i uwagi do programu należy składać w terminie do dnia .................. 2018 r.:

* **osobiście** – w sekretariacie Departamentu Zdrowia, od poniedziałku do piątku, w godz. 800 – 1500;
* **drogą elektroniczną** –na adres e-mail: zdrowie@dolnyslask.pl;
* **za pośrednictwem poczty** – na adres: Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Departament Zdrowia, ul. Walońska 3-5,
50-413 Wrocław.