**FORMULARZ WYRAŻENIA OPINII**

do **projektu Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Pakosław na lata 2017-2023**

1. Czy akceptuje Pani/Pan **projekt Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Pakosław na lata 2017-2023**

**□** TAK **□** NIE **□** WSTRZYMUJĘ SIĘ

2. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” prosimy o wypełnienie poniższej tabeli

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Część dokumentu, do którego  odnosi się uwaga | Treść proponowanej zmiany | Uzasadnienie |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  | | | |

Informacje o wypełniającym:

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| e-mail |  |