

.....
nazwa podmiotu

.....
adres siedziby podmiotu (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

.....
telefon, e-mail

Wydział Polityki Społecznej
Urząd Miasta Rybnika
ul. Bolesława Chrobrego 2
44-200 Rybnik

*Opinia dotycząca projektu uchwały w sprawie nadania statutu Ośrodka Leczniczo – Rehabilitacyjnemu dla Dzieci Niepełnosprawnych Ruchowo i Umysłowo im. Jana Pawła II w Rybniku**

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

* Propozycję wprowadzenia zmian należy uzasadnić.

.....
(pieczęć podmiotu i podpis osoby/osób uprawnionej/-ych do reprezentowania podmiotu)