

.....  
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 ustalenia rozkładu godzin pracy aptek  
ogólnodostępnych na terenie Miasta Rybnika***

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

\* Propozycję wprowadzenia zmian należy uzasadnić.

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