

.....  
(pieczęć organizacji/podmiotu zgłaszającego opinię/uwagi )

.....  
(miejsowość, data)

**WÓJT GMINY KWIDZYN**  
**ul. Grudziądzka 30**  
**82-500 Kwidzyn**

### FORMULARZ KONSULTACJI

projektu uchwały Rady Gminy Kwidzyn w sprawie „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Gminy Kwidzyn na lata 2021 - 2022”.

Nazwa organizacji pozarządowej/ podmiotu wnoszącego opinię wraz z podaniem adresu, telefonu, e-mail:

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

Opinia, uwagi:

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

.....  
(imię i nazwisko oraz funkcja osoby zgłaszającej opinię, uwagi,  
uprawnionej do występowania w imieniu organizacji)

.....  
(czytelny podpis)