**Formularz konsultacji programu polityki zdrowotnej pn. Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców województwa dolnośląskiego**

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Podmiot zgłaszający propozycję** | **Adres** | **Numer telefonu** | **Adres poczty elektronicznej** | **Imię i nazwisko osoby do kontaktu** | **Data wypełnienia** |
|  |  |  |  |  |  |

Wypełnione formularze konsultacji, zawierające opinie i uwagi do programu, należy składać w terminie od 30 października 2019 r.

* droga elektroniczną – na adres e-mail: [magdalena.danowska@dolnyslask.pl](mailto:magdalena.danowska@dolnyslask.pl), lub
* za pośrednictwem poczty – na adres: Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego, Departament Funduszy Europejskich, ul. Mazowiecka 17, 50-412 Wrocław.