**FORMULARZ KONSULTACYJNY**

**projektu Strategii zintegrowanego transportu dla Obszaru Funkcjonalnego Aglomeracji Płockiej**

Uwagi w ramach konsultacji społecznych będą przyjmowane wyłącznie pisemnie, na poniższym formularzu.

Wypełnione formularze konsultacyjne należy przekazać w jednej z następujących form:

1. Drogą elektroniczną (skan) na adres e-mailowy: konsultacje@zgrp.pl lub konsultacje@ecorys.pl, wpisując w tytule wiadomości „Konsultacje społeczne OFAP”,
2. Faksem na nr + 24 366 03 00 w. 5
3. Drogą korespondencyjną na adres: Związku Gmin Regionu Płockiego, ul. Zglenickiego 42, 09-411 Płock (liczy się data wpływu),
4. Bezpośrednio w Biurze Związku Gmin Regionu Płockiego, ul. Zglenickiego 42, 09-411 Płock, w dni pracujące w godzinach pracy biura.

**INFORMACJA O ZGŁASZAJĄCYM UWAGI /ZMIANY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa instytucji / organizacjilub imię i nazwiskooraz adres korespondencyjny |  |
| E-mail i telefon kontaktowy |  |

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych
w celu przeprowadzenia konsultacji społecznych dotyczących projektu Strategii zintegrowanego transportu dla Obszaru Funkcjonalnego Aglomeracji Płockiej zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002r., Nr 101, poz.926 z późn. zm.).

**ZGŁASZANE UWAGI / PROPOZYCJE ZMIAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. |  Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (w tym nr rozdziału i nr strony) | Treść uwagi/ propozycja zmian | Uzasadnienieuwagi/zmiany |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

**INNE SPOTRZEŻENIA I OPINIE**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Data: ………………………… ………………………………………………

Czytelny podpis osoby

lub przedstawiciela instytucji/organizacji