

2. melléklet a 10/2017. (III. 6.) önkormányzati rendelethez

PARTNERI ADATLAP

Partnerségi egyeztetésben való részvételhez

Alulírott

Név/Megnevezés:		
Képviselőre jogosult személy:		
Lakcím/Székhely:		
E-mail cím:		
Telefonszám:		

A Szekszárd Megyei Jogú Város Önkormányzata által készítendőmegnevezésű dokumentum partnerségi egyeztetési eljárásában az alábbi észrevétellel, javaslattal (véleménnyel) kívánok élni:

Az eljárás további szakaszaiban |_| részt kívánok venni, |_| nem kívánok részt venni.

Szekszárd, 2022.....hónap

.....

aláírás

A kitöltött, aláírt adatlapot az alábbi címek valamelyikére kell eljuttatni:

Postacím: 7100. Szekszárd, Béla király tér 8. **E-mail cím:** foepitesz@szekszard.hu