2. melléklet a 8/2017. (IV.3.) önkormányzati rendelethez

**PARTNERI ADATLAP**

**Partnerségi egyeztetésben való részvételhez**

Alulírott

Név/Megnevezés:

Képviseletre jogosult személy:

Lakcím/Székhely:

E-mail cím:

Telefonszám:

a Csabrendek Nagyközség Önkormányzata által készítendő

megnevezésű dokumentum partnerségi egyeztetési eljárásában az alábbi észrevétellel, javaslattal (véleménnyel) kívánok élni:

Az eljárás további szakaszaiban:

 🞏 részt kívánok venni 🞏 nem kívánok részt venni

Csabrendek, 201… ……….…hó ……nap

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aláírás

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

Postacím: Csabrendeki Közös Önkormányzati Hivatal, 8474 Csabrendek, Árpád u. 4.

E-mail cím: kozos.hivatal@csabrendek.hu