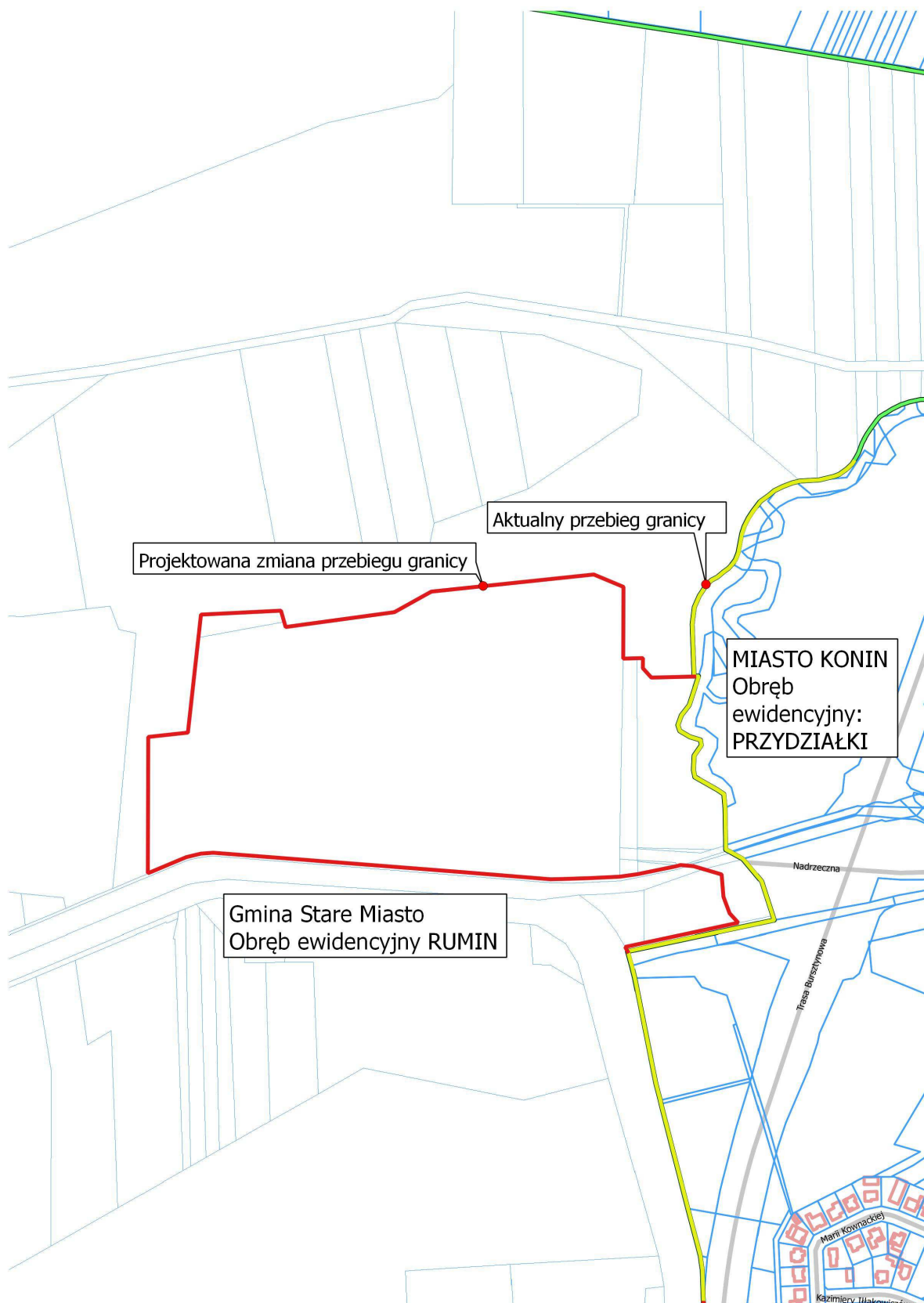
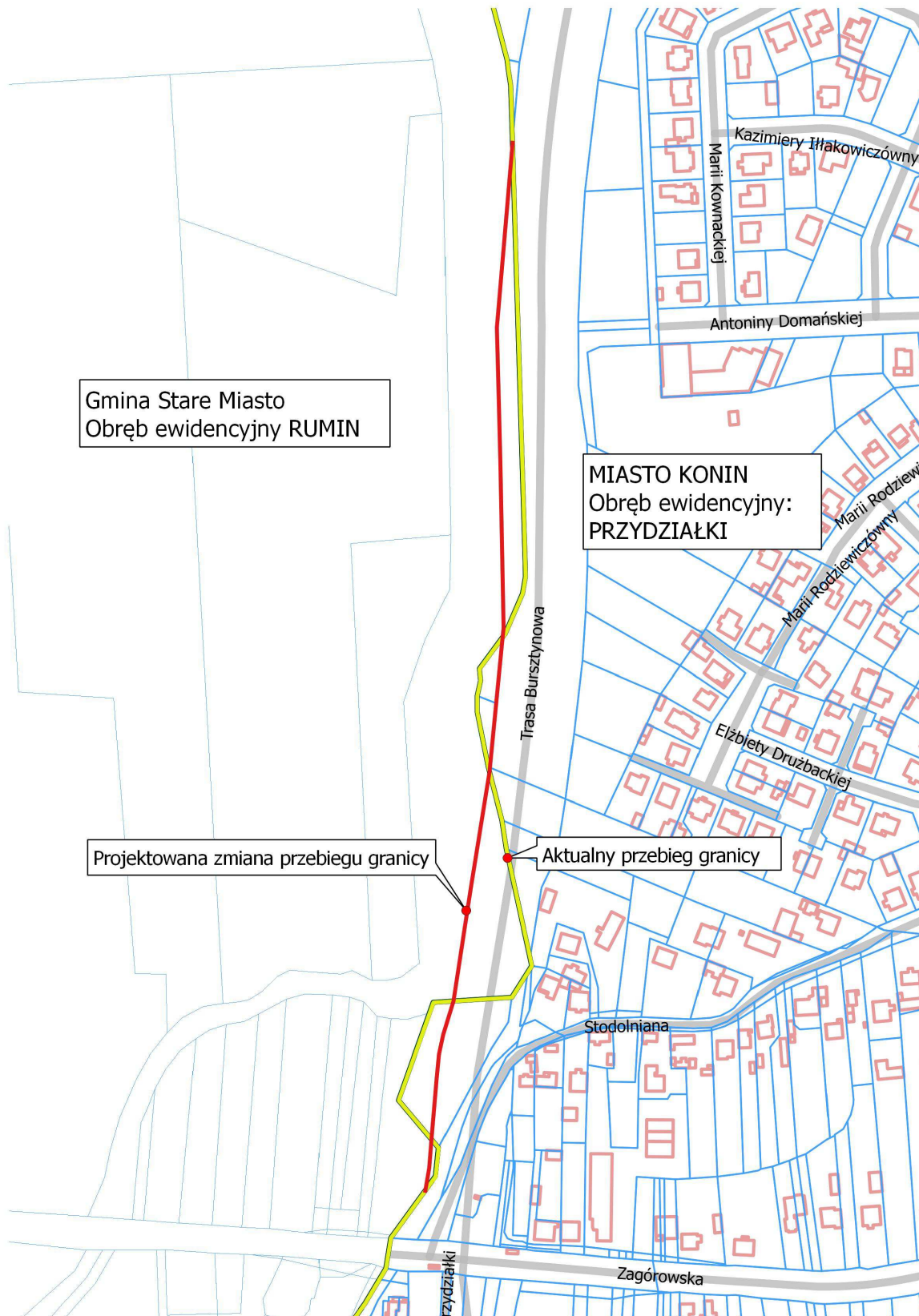
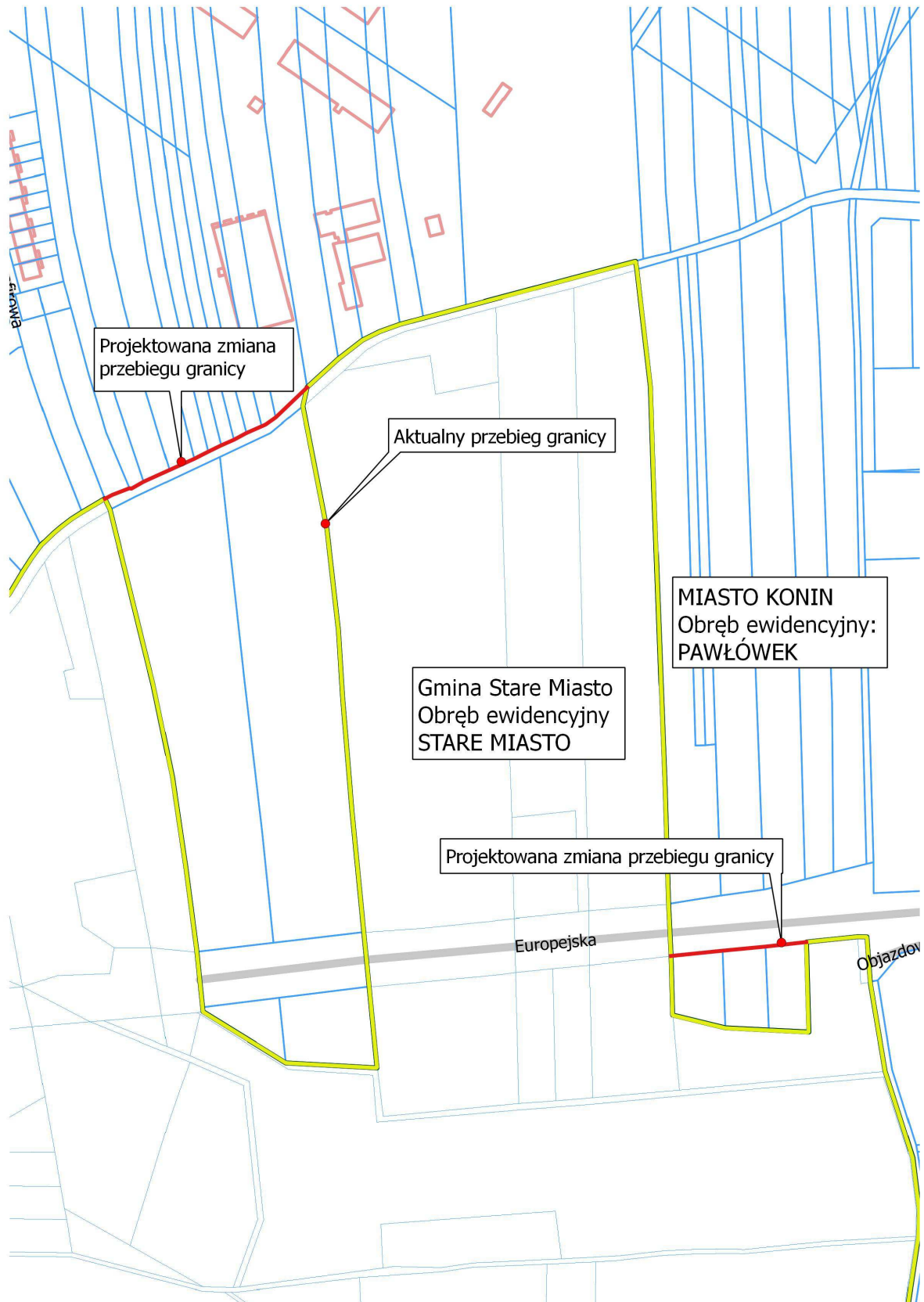


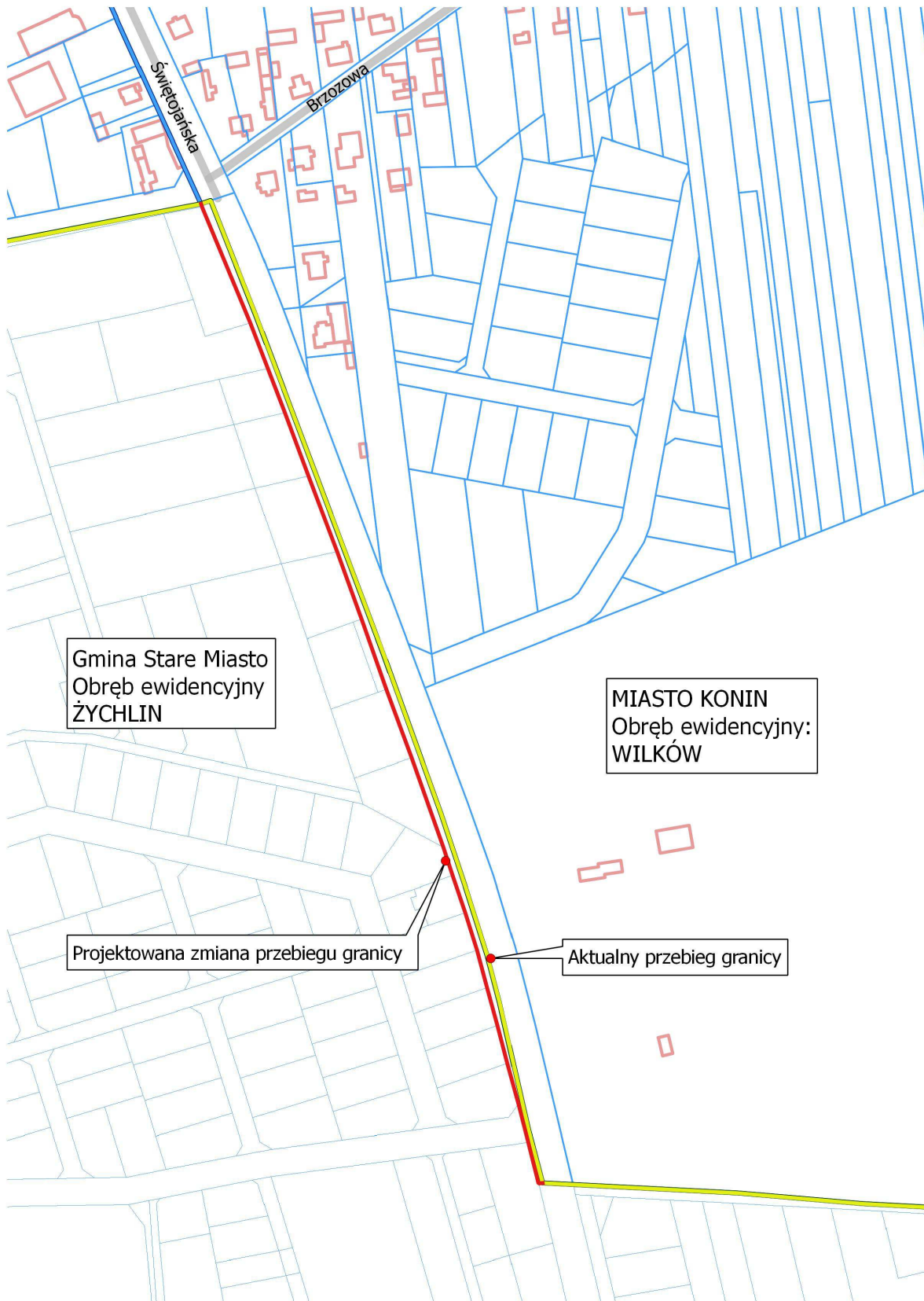
Załącznik nr 1
do Uchwały nr ...
Rady Miasta Konina
z dnia



Załącznik nr 2
do Uchwały nr ...
Rady Miasta Konina
z dnia







ANKIETA KONSULTACYJNA

Czy jest Pan/Pani za zmianami granic administracyjnych między Miastem Konin a gminą Stare Miasto, o których mowa w uchwale nr Rady Miasta Konina z dnia w sprawie przystąpienia do procedury zmiany granic Miasta Konina i przeprowadzenia konsultacji z mieszkańcami ?

TAK

NIE

WSTRZYMUJĘ SIĘ OD GŁOSU

Imię i nazwisko	
Nr PESEL	
Adres zamieszkania	
Data	
Podpis (w przypadku przesłania ankiety e-mailem podpis nie jest wymagany)	

Informacja o sposobie wypełnienia formularza:

Konsultacje przeprowadza się w celu uzyskania opinii mieszkańców w sprawie proponowanej zmiany granic administracyjnych Miasta Konina.

1. Postawienie znaku „X” w kratce obok słowa „TAK” oznacza, że biorący udział w konsultacjach jest za proponowanymi zmianami granic.
2. Postawienie znaku „X” w kratce obok słowa „NIE” oznacza, że biorący udział w konsultacjach jest przeciwny proponowanym zmianom granic.
3. Postawienie znaku „X” w kratce obok słowa „WSTRZYMUJĘ SIĘ OD GŁOSU” oznacza, że biorący udział w konsultacjach wstrzymał się od wydania opinii.
4. Postawienie znaku „X” w więcej niż jednej kratce lub nie postawienie znaku „X” w żadnej z kratek powoduje nieważność ankiety.