**PARTNERI ADATLAP**

**Partnerségi egyeztetésben való részvételhez**

Alulírott

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

a Zalakaros Város Önkormányzata által készítendő

|  |
| --- |
|  |

megnevezésű dokumentum partnerségi egyeztetési eljárásának jelen

előzetes tájékoztatási szakaszában *vagy*  véleményezési szakaszában

a településfejlesztési koncepcióról, az integrált településfejlesztési stratégiáról és a településrendezési eszközökről, valamint egyes településrendezési sajátos jogintézményekről szóló 314/2012. (XI. 8.) Korm. rendelet és a partnerségi egyeztetési szabályairól szóló 8/2017. (III.10.) önkormányzati rendeletben foglaltak szerint az alábbi észrevétellel, javaslattal (véleménnyel) kívánok élni:

|  |
| --- |
|  |

Az eljárás további szakaszaiban részt kívánok venni.

nem kívánok részt venni.

…………………., 20…… ……hó ……nap

……………………………

aláírás

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

Postacím: 8749 Zalakaros, Gyógyfürdő tér 1.

E-mail cím: [hivatal@zalakaros.hu](mailto:hivatal@zalakaros.hu), [beruhazas@zalakaros.hu](mailto:beruhazas@zalakaros.hu)