

## Formularz konsultacyjny

**URZĄD MIEJSKI**  
41-800 ZABRZE  
ul. Powstańców Śląskich 5-7  
tel. 032 3733499

w sprawie wejścia Miasta Zabrze w skład tworzonego na terenie województwa śląskiego związku metropolitalnego, o którym mowa w art. 1 ust.2 i 3 ustawy z dnia 9 marca 2017 roku o związku metropolitalnym w województwie śląskim.

**CZY JEST PANI/PAN ZA WEJŚCIEM MIASTA ZABRZE W SKŁAD TWORZONEGO NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO ZWIĄZKU METROPOLITALNEGO, O KTÓRYM MOWA W ART. 1 UST.2 I 3 USTAWY Z DNIA 9 MARCA 2017 ROKU O ZWIĄZKU METROPOLITALNYM W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM?**

*Proszę zaznaczyć "X" w jednej rubryce, przy jednej wybranej odpowiedzi*

TAK

NIE

**METRYCZKA:\***

Imię i nazwisko .....

Adres zamieszkania .....

*\*Podanie danych osobowych jest niezbędne do ujęcia Pana/Pani opinii w wynikach konsultacji.*

### Oświadczenie

Biorąc udział w konsultacjach wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2016r., poz. 922) wyłącznie w celu realizacji procesu konsultacji społecznych w sprawie wstąpienia Miasta Zabrze do tworzonego Związku Metropolitalnego, w szczególności w celu weryfikacji poprawności prowadzenia konsultacji społecznych oraz opracowania wyników konsultacji społecznych. Administratorem danych osobowych jest Prezydent Miasta Zabrze, adres: Urząd Miejski w Zabrzu, 41-800, ul. Powstańców Śląskich 5-7. Podane przez Pana/Panią dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Posiada Pan/Pani prawo do dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.

.....

podpis