

**KONSULTACJE SPOŁECZNE**

**Zmiana granic TMA Szczecin i okolicznych struktur przestrzeni powietrznej**

# I Dane Respondenta („\*” – wymagane)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ NAZWISKO | |  | | | |
| OPERATOR/PILOT\* | |  | | STANOWISKO |  |
| TYP STATKU POWIETRZNEGO\* | | |  | | |
| TELEFON/FAX. |  | | | E-MAIL\* |  |

# II Uwagi/propozycje w zakresie konsultacji społecznych

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Czy wdrożenie zaproponowanej zmiany wpłynie na Pana/Pani działalność lotniczą.? | TAK  NIE | □……..  □…….. |
|  | ...............................................................................................................  ...................................................................................................................  ...............................................................................................................  ................................................................................................................... | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. | Uwagi do zaproponowanej zmiany | | | |
|  |  | | |  |
|  | ............................................................................................................... |  |
|  | ................................................................................................................... |  |
|  | ...................................................................................................................  ............................................................................................................... |  |
|  | | |

Wypełniony formularz prosimy przesłać:

1. drogą mailową na adres – [asm1@pansa.pl](mailto:asm1@pansa.pl)
2. faksem na numer - 225745729