

**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
2. faksem na numer - 225745729