**KONSULTACJE SPOŁECZNE**

**Zmiana granic** **CTR/MCTR EPRA, TMA/MTMA EPRA, TMA EPWA, TRA05, TSA05**

**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 drogą mailową na adres [asm1@pansa.pl](mailto:asm1@pansa.pl)