**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