

DANE WNIOSKODAWCY*

Imię i nazwisko:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

Nr telefonu:

WNIOSEK**O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity, Dz. U. z 2016 r., poz. 1764.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

.....

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:**

<input type="checkbox"/> wgląd do informacji na miejscu	<input type="checkbox"/> kserokopia	<input type="checkbox"/> pliki komputerowe	<input type="checkbox"/> inny
---	-------------------------------------	--	--

RODZAJ NOŚNIKA:

<input type="checkbox"/> CD-ROM	<input type="checkbox"/> inny
---------------------------------	--

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

- Przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres***
- Przesłanie informacji pocztą na adres***
-
- Uzyskanie informacji w urzędzie /odbiór osobiście przez wnioskodawcę

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity, Dz. U. z 2016 r., poz. 922)

.....
 Miejscowość, data

.....
 podpis wnioskodawcy

Uwagi:

* dane osobowe i adres nie są wymogiem koniecznym, chyba że dotyczą korespondencji zwrotnej

** proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem

***wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

Szpital zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej, o ile miałby ponieść dodatkowe koszty związane ze wskazanym we wniosku sposobem udostępniania lub koniecznością przekształcenia informacji w formę wskazaną