

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i Imię / Jednostka:

Adres:

Nr telefonu:

WNIOSEK

O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. publicznej (Dz.U.2020.2176 t.j. ze zm., dalej udip) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

.....
.....
.....
.....
.....

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:*

Table with 3 columns: checkbox + 'dostęp do przeglądania informacji w Szpitalu', checkbox + 'kserokopia', checkbox + 'pliki komputerowe'

RODZAJ NOŚNIKA:

checkbox + CD-ROM

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

- checkbox Przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres
checkbox Przesłanie informacji pocztą pod adres**
checkbox Odbiór osobiście przez wnioskodawcę

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Uwagi:
* 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