

WNIOSKOWDAWCA*

Warszawa, dnia.....

Imię i nazwisko/nazwa:

.....

Adres:

E-mail:

Numer tel.:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola – Śródmieście,
ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o informację na temat *(należy wskazać zakres żądanej informacji i/lub dokument, w którym informacja się znajduje)*:

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

1. SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIANIA INFORMACJI**

- kserokopia, pliki komputerowe, informacja pisemna,
 dostęp do przeglądania informacji w SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście.

2. Rodzaj nośnika (jeśli dotyczy)**

- płyta CD,
 inny, podać jaki.....

3. FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI **

- przesłanie informacji pocztą pod adres ***.....,
 przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres e-mail:,
 odbiór osobisty,
 innej – podać jakiej

Uzasadnienie

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

.....
Data i czytelny podpis (pełne imię i nazwisko)

* należy podać przynajmniej dane niezbędne do udzielenia odpowiedzi na wniosek w zaznaczony sposób

** należy zaznaczyć wyłącznie jeden punkt stawiając znak w okienku

*** wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej