

DANE WNIOSKODAWCY

.....
(miejsowość i data)

.....
(nazwisko i imię lub nazwa organizacji, firmy)

.....
(ulica, nr domu/mieszkania)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(nr telefonu)

SP ZOZ w Gostyniu

WNIOSEK 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 ze zmianami) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

Sposób i forma udostępnienia informacji:

.....
(dostęp do przeglądania w urzędzie, kserokopia, pliki komputerowe, inne) *

Forma przekazania informacji:

.....
(przesłanie pocztą tradycyjną, pocztą elektroniczną, osobisty odbiór przez wnioskodawcę, inne) *

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (t.j. Dz. U. z 2002r. Nr 101 poz. 926 ze zmianami).

Wiem, że zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zmianami) może zostać naliczona opłata z tytułu poniesienia przez Starostwo dodatkowych kosztów udostępnienia informacji.

.....
(podpis wnioskodawcy)

* proszę wypełnić