

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i Imię / Jednostka:

Nr PESEL / REGON:.....

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. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:*

<input type="checkbox"/> dostęp do przeglądania informacji w miejscu	<input type="checkbox"/> kserokopia	<input type="checkbox"/> pliki komputerowe
--	-------------------------------------	--

RODZAJ NOŚNIKA:

<input type="checkbox"/> dyskietka 3,5	<input type="checkbox"/> CD-ROM
--	---------------------------------

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

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

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. .Nr 133 poz 883.z późn. zm.)

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis wnioskodawcy

Uwagi:

* proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem

** wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

SP ZOZ MSW Centrum Rehabilitacji w Górnem zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej