

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 urzędzie	<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

**Szpital zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej**