

DANE WNIOSKODAWCY*

Imię i nazwisko:

Adres do korespondencji:

Adres e-mail:

Nr telefonu:

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112 poz. 1198, ze zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:**

☐ dostęp do przeglądania informacji w szpitalu	☐ kserokopia	☐ pliki komputerowe	☐ inny:
---	-------------------------------------	--	---

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:

☐ Przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres***

☐ Przesłanie informacji pocztą na adres***

☐ Uzyskanie informacji w szpitalu /odbiór osobiście przez wnioskodawcę

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

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Uwagi:

* dane osobowe i adres nie są wymogiem koniecznym, chyba że dotyczy korespondencji zwrotnej

** proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem

***wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu zastrzega sobie prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej, o ile miałby ponieść dodatkowe koszty związane ze wskazanym we wniosku sposobem udostępniania lub koniecznością przekształcenia informacji w formę wskazaną we wniosku.