

**ПРИМІРНА ФОРМА**  
**для подання запиту на отримання публічної інформації від запитувача по телефону**

Розпорядник інформації

Управління охорони здоров'я  
Комсомольської міської ради  
вул. Миру, 10  
м. Комсомольськ, 39803

**ЗАПИТ**  
**на отримання публічної інформації**

Прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_

(найменування), поштова адреса, \_\_\_\_\_

адреса електронної пошти, \_\_\_\_\_

номер телефону запитувача \_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові \_\_\_\_\_

представника запитувача) \_\_\_\_\_

Вид, назва, реквізити, зміст документа, що запитується \_\_\_\_\_

або загальний опис інформації, що запитується \_\_\_\_\_

Прошу надати відповідь у визначений законом термін. \_\_\_\_\_

Відповідь надати:

Поштою (Вказати поштову адресу) \_\_\_\_\_

Факсом (Вказати номер факсу) \_\_\_\_\_

Електронною поштою (Вказати e-mail) \_\_\_\_\_

Посада, прізвище, ініціали, телефон працівника, що прийняв запит \_\_\_\_\_

Час, дата, підпис \_\_\_\_\_

Зареєстровано \_\_\_\_\_

Начальник управління

Ю.В. Ковпак