

ПРИМІРНА ФОРМА
для подання запиту на отримання публічної інформації від юридичної особи
електронною поштою

Розпорядник інформації

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

ЗАПИТ
на отримання публічної інформації

Найменування юридичної особи _____

поштова адреса, адреса _____

електронної пошти, номер _____

телефону 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) _____

Контактний телефон запитувача _____

Прізвище, ім'я, по батькові запитувача _____

Дата запиту _____

Посада, ПІБ, телефон, підпис працівника що прийняв запит _____

Час та дата _____

Зареєстровано _____

Начальник управління

Ю.В. Ковпак