

ПРИМІРНА ФОРМА
для подання запиту на отримання публічної інформації від фізичної особи
в письмовому вигляді

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, _____
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 _____

Дата запиту, підпис _____

Зареєстровано _____

Начальник управління

Ю.В. Ковпак