

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

Розпорядник інформації

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

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

Фізична особа \_\_\_\_\_  
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 \_\_\_\_\_

Посада, ПІБ, телефон, підпис працівника що прийняв запит \_\_\_\_\_

Час та дата \_\_\_\_\_

Зареєстровано \_\_\_\_\_

Начальник управління

Ю.В. Ковпак