

DANE WNIOSKODAWCY: (*podanie danych nie jest obowiązkowe)

Nazwisko i Imię/Nazwa:

Adres:

Tel:

e-mail:

DANE PEŁNOMOCNIKA: (*podanie danych nie jest obowiązkowe)

Nazwisko i Imię/Nazwa:

Adres:

Tel:

e-mail:

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

Na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U.2019.1429 t. j. z pn. zm.)

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

FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI: (*zaznaczyć właściwe)

☐ dostęp do przeglądania informacji w siedzibie Giżyckiej Ochrony Zdrowia Sp. z o.o.

☐ kserokopia/skan

☐ pliki komputerowe

☐ inna forma (*wymienić jaka)

SPOSÓB PRZEKAZANIA INFORMACJI: (*zaznaczyć właściwe)

☐ Przesłanie informacji pocztą elektroniczną lub przez elektroniczną skrzynkę podawczą e-PUAP na adres:

.....

☐ Odbiór osobisty

☐ Przesłanie informacji w formie papierowej na adres (*wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wyżej)

.....

.....
data i podpis osoby sporządzającej

.....
data i podpis wnioskodawcy/ pełnomocnika