

.....
Miejscowość, data

.....
DANE WNIOSKODAWCY
(Imię i nazwisko, adres, telefon)

**Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 2
w Jastrzębiu Zdroju
Al. Jana Pawła II 7
44-330 Jastrzębie Zdrój**

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji publicznej w następującym zakresie:

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

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:

- dostęp do przeglądania informacji w szpitalu
- kserokopie
- w formie elektronicznej:
 - dyskietka 3,5
 - CD-ROM
- inne formy:
 - przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres:
 - przesłanie informacji pocztą na adres:
 - odbiór osobiście przez wnioskodawcę.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.)

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Jastrzębiu zastrzega sobie prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej