

.....  
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 o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

Jednocześnie na podstawie art. 14 ust. 1 powołanej ustawy, wnoszę o udostępnienie mi powyższych informacji w następujący sposób\*:

- udostępnienie dokumentów do wglądu (i ewentualnie kopiowania) w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju w uzgodnionym terminie,
  - przesłanie informacji pocztą elektroniczną na podany adres: .....
  - przesłanie informacji na piśmie na podany adres\*\*.....  
.....
  - odbiór osobisty przez wnioskodawcę
- korespondencję w tej sprawie proszę kierować do mnie za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z art.39 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz.U.z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.): .....
- inny sposób.....

.....  
podpis wnioskodawcy

\* proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem  
\*\* wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z 4 pkt 11 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....  
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

