

.....
(Miejscowość i data)

DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i Imię :

Adres :

.....

Nr tel.

Email.

/ w przypadku przekazania informacji pocztą elektroniczną/



PREZES ZARZĄDU
Szpital Miejski w Gliwicach Sp. z o.o.
Ul. Zygmunta Starego 20
44-100 Gliwice

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 Ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015r., poz. 12058 z póź. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie :

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

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI (właściwe zaznaczyć) :

- ☐ Dostęp do przeglądania informacji w siedzibie Szpitala w uzgodnionym terminie
- ☐ Kserokopia
- ☐ Pliki komputerowe

PRZEKAZANIE INFORMACJI (właściwe zaznaczyć) :

- ☐ Jako kserokopię
- ☐ Jako wydruk
- ☐ W formie elektronicznej

UDOSTĘPNIENIE NA NOŚNIKU ELEKTROMAGNETYCZNYM :

- ☐ Dysk CD

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI (właściwe zaznaczyć) :

- ☐ przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres email :
- ☐ przesłanie informacji pocztą pod adres (wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej) :
.....
- ☐ odbiór osobiście / w uzgodnionym terminie / przez wnioskodawcę

.....
Miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Szpital zastrzega sobie prawo do pobrania opłaty za udostępnienie informacji we wskazanej we wniosku formie, w przypadku o którym mowa w art. 15 Ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015r., poz. 2058 z póź. zm.)