

**DANE WNIOSKODAWCY\***

Imię i nazwisko: .....

Adres do korespondencji: .....

Adres e-mail: .....

Nr telefonu: .....

**WNIOSEK**

**O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej

(Dz. U. Nr 112 poz. 1198, z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji

w następującym zakresie: .....

.....

.....

.....

.....

**SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI .\*\***

.....

.....

.....

**FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:**

Przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres\*\*\* .....

Przesłanie informacji pocztą na adres\*\*\* .....

.....

Uzyskanie informacji w szpitalu /odbiór osobiście przez wnioskodawcę

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

.....

Miejscowość, data

.....

podpis wnioskodawcy

Uwagi:

\* dane osobowe i adres nie są wymogiem koniecznym, chyba że dotyczą korespondencji zwrotnej

\*\* proszę opisać

\*\*\*wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

SPZZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej, o ile miałyby ponieść dodatkowe koszty związane ze wskazanym we wniosku sposobem udostępniania lub koniecznością przekształcenia informacji w formę wskazaną we wniosku.