

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. z 2022 poz. 902) 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.