



....., dnia

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Zgodnie z art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 902 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie informacji publicznej dotyczącej:

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

Proszę o udostępnienie informacji publicznej w formie:
(elektronicznie poprzez wiadomość e – mail/ fizycznie na adres korespondencyjny/w siedzibie szpitala)

.....

.....
czytelny podpis