**Wniosek**

**o udostępnienie informacji publicznej\***

\*(*wzór wniosku jest zalecany przez SPZOZ - nie stanowi on wymogu, co do formy).*

*Jednak* *elementy* *wskazane w prezentowanym wzorze wniosku, powinny być uwzględnione*

*przez Wnioskodawcę, gdyż ich brak może utrudnić lub uniemożliwiać przekazanie odpowiedzi.*

*Uwaga: Zakład zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych w przypadku generujących koszty, zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej.*

**Dane Wnioskodawcy**

Nazwisko i imię / podmiot wnioskujący

……………………………………………………………………………………………….......

Adres: …………………………………………………………………………………………..

Adres e-mailowy ……………………………………………………………………………….

Nr telefonu …………………………………………………………………………………….

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. 01.112.1198 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

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

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

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

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

**FORMA UDOSTĘPNIENIA I PRZEKAZANIA INFORMACJI:\***

Dostęp do przeglądania informacji w zakładzie □,

Kserokopia □,

1. przesłanie informacji pocztą pod adres\*\*………………………………………………………............

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

1. odbiór osobiście przez wnioskodawcę w sekretariacie SPZOZ w Stalowej Woli, ul. Kwiatkowskiego 2, tel. 15 842 10 17 □

Pliki cyfrowe □,

1. płyta CD/DVD □,
2. przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres ..............................................

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. 97.133.883.z późn. zm.)

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

(miejscowość, data i podpis wnioskodawcy)

Uwagi:

\* proszę zakreślić właściwe pole  lub 

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