**Форма письмового запиту на публічну інформацію**

Департамент охорони здоров’я облдержадміністрації

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(ПІБ (або найменування юридичної особи)запитувача)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(поштова адреса (місцезнаходження)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(контактний телефон)

**ЗАПИТ**

**на отримання публічної інформації**

(загальний опис інформації)

(або вид, назва, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит)

|  |
| --- |
| Прошу надати мені відповідь у визначений законом термін. Відповідь надати (підкреслити обрану категорію): |
| Поштою | */Вказати поштову адресу/*  |
| Факсом | */Вказати номер факсу/* |
| Електронною поштою | */Вказати E-mail/* |
| В усній формі | */Вказати номер телефону/* |

дата запиту                                                                                          підпис