

**УПРАВЛІНЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ**  
Форма для подання інформаційного запиту від об'єднань громадян в письмовому виді

**ЗАПИТ**

**на отримання публічної інформації**

<b>Розпорядник інформації</b>	<b>Управління охорони здоров'я Запорізької облдержадміністрації</b>	
<b>Кому</b>		
<b>Назва об'єднання громадян</b>		
<b>П.І.Б. представника запитувача, посада</b>		
<b>Поштова адреса або адреса електронної пошти</b>		
<b>Номер контактного телефону (у разі його наявності)</b>		
<b>Загальний опис необхідної інформації</b>		
Або		
<b>Вид, назва, реквізити (дата видання та реєстраційний номер) чи зміст документа, щодо якого зроблено запит</b>		
<b>Прошу надати мені відповідь у визначений законом термін. Відповідь надати</b>		
<i>Підкресліть обраний варіант відповіді</i>	<b>Поштою</b> (вказати поштову адресу)	
	<b>Факсом</b> (вказати номер факсу)	
	<b>Електронною поштою</b> (вказати E-mail)	
	<b>В усній формі</b> (вказати номер телефону)	

Заповнити відповідну графу

\_\_\_\_\_  
Дата запиту

\_\_\_\_\_  
підпис