

УПРАВЛІНЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАПОРІЗЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

Форма для подання інформаційного запиту від юридичних осіб в письмовому виді

ЗАПИТ

на отримання публічної інформації

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

Заповнити відповідну графу

Дата запиту

підпис