

ФОРМА ЗАПИТУ
на отримання публічної інформації, розпорядником якої є
Чемеровецький медичний фаховий коледж, електронною поштою

Розпорядник інформації	Чемеровецький медичний фаховий коледж: 31600, смт Чемерівці, вул. Центральна, 32, тел/факс (03859) 9-11-01
ЗАПИТ на отримання публічної інформації, розпорядником якої є Чемеровецький медичний фаховий коледж, електронною поштою	
Прізвище, ім'я, по батькові (для фізичних осіб)	
Найменування організації (для юридичних осіб)	
Найменування об'єднання громадян (для об'єднання громадян без статусу юридичної особи)	
Поштова адреса, адреса електронної пошти, номер телефону запитувача	
Вид, назва, реквізити, зміст документа, що запитується, або загальний опис інформації, що запитується	
Прошу надати відповідь у визначений законом строк. Відповідь прошу надати (необхідне підкреслити):	
Поштою	(Вказати поштову адресу)
Факсом	(Вказати номер факсу)
Електронною поштою	(Вказати e-mail)
Контактний телефон запитувача	
Дата запиту	
Підпис запитувача (для фізичних осіб)	
Посада, прізвище, ім'я, по батькові та підпис представника запитувача (для юридичних осіб та об'єднань громадян без статусу юридичної особи)	

ФОРМА

для подання запиту на отримання публічної інформації від фізичних осіб

Розпорядник
інформації

Чемеровецький медичний фаховий коледж:
31600, смт Чемерівці, вул. Центральна, 32, тел/факс (03859) 9-11-01
med_chem@ukr.net

Запитувач

(прізвище, ім'я, по батькові,

поштова адреса або електронна адреса, телефон)

ЗАПИТ НА ІНФОРМАЦІЮ

Відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації»
прошу надати:

(загальний опис інформації або вид, назва, реквізити чи зміст документа)

Запитувану інформацію прошу надати у визначений законом строк
(необхідне зазначити):

на поштову адресу

(поштовий індекс, область, населений пункт, вулиця, будинок, корпус,
квартира)

на електронну адресу

факсом

телефоном

Ознайомлений(а) з вимогами Закону України «Про доступ до публічної
інформації» щодо відшкодування фактичних витрат на копіювання та друк
копій документів обсягом більше 10 сторінок.

(підпис)

(дата)

(підпис)

ФОРМА
для подання запиту на отримання публічної інформації від юридичних осіб

Розпорядник інформації
Чемеровецький медичний фаховий коледж:
31600, смт Чемерівці, вул. Центральна, 32, тел/факс (03859) 9-11-01
med_chem@ukr.net

Запитувач _____
(найменування організації, прізвище, ім'я, по батькові представника,
_____ поштова адреса або електронна адреса, телефон)

ЗАПИТ НА ІНФОРМАЦІЮ

Відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації»
прошу надати:

_____ (загальний опис інформації або вид, назва, реквізити чи зміст документа)
Запитувану інформацію прошу надати у визначений законом строк
(необхідне зазначити):
на поштову адресу _____
_____ (поштовий індекс, область, населений пункт, вулиця, будинок)
на електронну адресу _____
факсом _____
телефоном _____

Ознайомлений(а) з вимогами Закону України «Про доступ до публічної
інформації» щодо відшкодування фактичних витрат на копіювання та друк
копій документів обсягом більше 10 сторінок.

(підпис)

(дата)

(підпис)