

## ФОРМА

### для подання запиту на отримання публічної інформації від фізичних осіб

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