

ФОРМА
для подання запиту на отримання публічної інформації від юридичних осіб

Розпорядник Чемеровецький медичний фаховий коледж:
інформації 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)