

ЗАТВЕРДЖЕНО

наказ КУ «ЗОКДЛ»ЗОР

№ _____

**Форма запиту на публічну інформацію,
розпорядником якої є комунальна установа « Запорізька обласна клінічна
дитяча лікарня» Запорізької обласної ради**

Розпорядник інформації: КУ «ЗОКДЛ»ЗОР

Запитувач	
	(прізвище, ім'я, по батькові – для фізичних осіб, найменування організації,
	прізвище, ім'я, по батькові представника організації – для юридичних осіб та
	об'єднань громадян, що не мають статусу юридичної особи, поштова адреса або електронна адреса, контактний телефон)

ЗАПИТ НА ПУБЛІЧНУ ІНФОРМАЦІЮ

Прошу відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації» надати _____

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

Запитовану інформацію прошу надати (необхідне зазначити):

На поштову адресу	(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)
На електронну адресу	
Телефаксом	
За телефоном	

_____ (дата)

_____ (підпис)

