ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ – ТЪРГОВИЩЕ
7700 гр. Търговище,ул.”ПетлешковNo27,тел.факс:0601/639-71,т.0601/638-10e-mail:csmptarg@elnics.com

ЗАЯВЛЕНИЕ
ЗА ДОСТЪП ДО ОБЩЕСТВЕНА ИНФОРМАЦИЯ

от ....

/трите имена или наименованието и седалището на заявителя/

АДРЕС ЗА КОРЕСПОНДЕНЦИЯ..

....

....Телефон за връзка ....

ел.поща..

УВАЖАЕМА ГОСПОЖО ДИРЕКТОР ,

На основание Закона за достъп до обществена информация , моля да ми бъде предоствена следната информация :

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

....

..../описание на исканата информация/.

Желая да получа исканата информация вследната форма :

/ моля, подчертайте предпочитаната от Вас форма/

ПРЕГЛЕД НА ИНФОРМАЦИЯ–ОРИГИНАЛ ИЛИ КОПИЕ;

УСТНА СПРАВКА;

КОПИЕ НА ХАРТИЕН НОСИТЕЛ;

КОПИЕ НА ТЕХНИЧЕСКИ НОСИТЕЛ / дискета,CD, видеокасета, аудиокасета, факс,електронна поща/

КОМБИНАЦИЯ ОТ ФОРМИ ....

ДАТА ....

ПОДПИС:.........................