

**WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

.....

Nazwisko i Imię / Jednostka:

.....

Nr PESEL / REGON

.....

.....

Adres / numery telefonów

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 1198) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

.....
.....
.....
.....
.....

SPOSÓB UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:*

- dostęp do przeglądania informacji w SP ZOZ OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII
- kserokopia
- pliki komputerowe (CD-ROM/dyskietka)

FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:*

- Przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres
- Odbiór osobiście przez wnioskodawcę
- Przesłanie informacji pocztą pod adres**

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. .Nr 133 poz 883.z późn. zm.)

.....
miejscowość, data

.....
podpis wnioskodawcy

Uwagi:

- * proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem
- ** wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

SP ZOZ OPOLSKIE CENTRUM ONKOLOGII zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej