



....., dnia
(miejscowość, data)

Imię i Nazwisko:.....
Adres:.....
Numer telefonu.....
Adres e-mail.....

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Psychiatryczny w Toszku**

Wniosek o udostępnienie informacji publicznej

Zgodnie z art. 2 ust. 1 i art. 10 ust. 1 Ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 782 z późn. zm.) wnoszę o udzielenie informacji publicznej

dotyczącej:

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

Proszę o udostępnienie informacji publicznej w formie:

(elektronicznie poprzez wiadomość e – mail/ fizycznie na adres korespondencyjny/
w siedzibie szpitala)

.....

.....
(Czytelny Podpis)