.................................., dn. ..........................

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

(miejscowość, data)

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

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

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

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

(dane Wnioskodawcy: imię i nazwisko

lub nazwa podmiotu, adres, telefon, faks, adres e-mail\*)

**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny**

**im. dr Emila Cyrana**

**w Lublińcu**

**Wniosek o udostępnienie informacji publicznej**

 Na podstawie 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: ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... ....................................................................................................................................................... .......................................................................................................................................................

Wnoszę o udostępnienie powyższych informacji w następujący sposób:
\*\* udostępnienie dokumentów do wglądu w Szpitalu, w uzgodnionym terminie, udostępnienie kserokopii dokumentów – odbiór osobisty, przesłanie informacji/skanów dokumentów
\*\*\* pocztą elektroniczną na podany powyżej adres, przesłanie informacji/kserokopii dokumentów/płyty CD/DVD
\*\*\* pocztą na podany powyżej adres, inny sposób (w jaki?) i w innej formie (w jakiej?): ................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................. ................................................................................................................................................ .............................

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

 (podpis)

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny w Lublińcu zastrzega sobie prawo pobrania opłaty od udostępnionych informacji, zgodnie z art. 15 Ustawy o dostępie do informacji publicznej z dnia 6 września 2001 r. (tj. Dz. U. z 2014 r. poz. 782 z późn. zm.).