…… ……
Miejscowość, data

……

……
DANE WNIOSKODAWCY
(Imię i nazwisko, adres, telefon)

Zespół Wojewódzkich
Przychodni Specjalistycznych
w Katowicach
40-038 Katowice
ul. Powstańców 31

WNIOSEK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

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

SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:

- ❑ **dostęp do przeglądania informacji w urzędzie**
- ❑ **kserokopie**
- ❑ **w formie elektronicznej:**
  - ❑ dyskietka 3,5
  - ❑ CD-ROM
- ❑ **inne formy:**
  - ❑ przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres: .....
  - ❑ przesłanie informacji pocztą na adres: .....
  - ❑ odbiór osobiście przez wnioskodawcę.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.)

.....
Data i podpis wnioskodawcy

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej