............., 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)