
Imię i nazwisko wnioskodawcy

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
Siedziba i filia nr 1 Wielkopolskie Centrum Specjalistyczne
ul. Juraszów 7/19
60 - 479 Poznań

Adres

Telefon do kontaktu _____

WNIOSEK
O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (tj. Dz. U. z 2019r., poz. 1429), wnoszę o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

Oczekuję następującej formy udostępnienia / przekazania ww. informacji:

- dostęp do przeglądania informacji w szpitalu.
- kserokopia dokumentów – do odbioru w szpitalu.
- kserokopia dokumentów – przesłanie pocztą tradycyjną na adres:

- _____

- zapisu na elektroniczny nośnik danych (płyta CD / DVD) – do odbioru w szpitalu.
 - zapisu na elektroniczny nośnik danych (płyta CD / DVD) – przesłanie pocztą tradycyjną na adres:

- _____

- pliki komputerowe, odpowiedz - przesłane pocztą elektroniczną na adres skrzynki e-mail:

- _____

- odbiór osobisty przez wnioskodawcę

Załączam następujące dokumenty pomocne w realizacji wniosku:

Data i czytelny podpis wnioskodawcy