

ФОРМА ЗАПИТУ

на отримання публічної інформації, розпорядником якої є
НУОЗ України імені П. Л. Шупика, електронною поштою

Розпорядник інформації	Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика м. Київ
ЗАПИТ на отримання публічної інформації, розпорядником якої є НУОЗ України імені П. Л. Шупика	
Прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи /найменування юридичної особи/ найменування об'єднання громадян без статусу юридичної особи	
Поштова адреса запитувача	
Вид, назва, реквізити, зміст документа, що запитується, або загальний опис інформації, що запитується	
Прошу надати відповідь у визначений законом строк	
Контактний номер телефону запитувача	
Дата запиту	
Підпис запитувача (для фізичних осіб) Посада, прізвище, ім'я, по батькові та підпис представника запитувача (для юридичних осіб та об'єднань громадян без статусу юридичної особи)	