

Національна медична академія
післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика
вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112

(назва юридичної особи)

(місцезнаходження)

тел.: _____ e-mail _____

ЗАПИТ НА ІНФОРМАЦІЮ

Відповідно до статті 34 Конституції України та Закону України «Про доступ до публічної інформації» прошу надати:

(Вид, назва, реквізити чи короткий зміст документа, що запитується або загальний опис інформації, щодо якої зроблено запит)

Прочу надати відповідь у визначений законом термін.

Відповідь прошу надсилати за адресою: _____

Ознайомлений(а) з вимогами Закону України «Про доступ до публічної інформації» щодо відшкодування фактичних витрат на копіювання та друк копій документів обсягом більше 10 сторінок. _____

(підпис)

_____ 20__ р
(дата)

(підпис представника
запитувача)

(ініціали та прізвище)