

SOLICITARE INFORMATII PUBLICE

Denumirea autorității sau instituției publice
Spitalul Municipal Mangalia

Sediul/Adresa
Str. Rozelor Nr.2, Mangalia
Tel 0241- 752260; Fax 0241- 752265

Data

Stimate domnule/Stimată doamnă

.....,

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informațiile solicitate):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opțional):

.....

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris).

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

.....

(semnătura petentului)

Numele și prenumele petentului

Adresa

Telefon

Fax