

## DANE WNIOSKODAWCY

Nazwisko i Imię: .....

Adres: .....  
/ Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer domu, numer mieszkania /

Nr telefonu: .....

E:mail: .....  
/ w przypadku przekazania informacji pocztą elektroniczną /

## PREZES ZARZĄDU

**Szpital Miejski Nr 4 w Gliwicach Sp. z o. o.  
ul. Zygmunta Starego 20  
44-100 Gliwice**

## WNIOSEK

### O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ

Na podstawie art. 2 ust. 1 i art. 10 ust.1 *ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. z 2015r., poz.12058 z póź. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie:

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

### SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:\*

- dostęp do przeglądania informacji w siedzibie Szpitala w uzgodnionym terminie
- kserokopia
- pliki komputerowe

### PRZEKAZANIE INFORMACJI: \*

- jako kserokopię
- jako wydruk
- w formie elektronicznej

### UDOSTĘPNIENIE NA NOŚNIKU ELEKTROMAGNETYCZNYM: \*

- dyskietka
- dysk CD

### FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI: \*

- Przesłanie informacji pocztą elektroniczną pod adres e:mail.....
- Przesłanie informacji pocztą pod adres\*\* .....
- Odbiór osobiście /w uzgodnionym terminie/ przez wnioskodawcę

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis wnioskodawcy

\* zakreślić właściwe pole

\*\* wypełnić jeśli adres jest inny niż podany wcześniej

Szpital zastrzega prawo do pobrania opłaty za udostępnienie informacji we wskazanej we wniosku formie, w przypadku o którym mowa w art.15 *ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej* (Dz. U. z 2015r., poz.2058 z póź. zm.)