

**DANE WNIOSKODAWCY:**

Nazwisko i Imię / Firma / Jednostka:\*

REGON/NIP (w przypadku firmy):\*

Pełen adres:\*

Nr telefonu:\*

**WNIOSK O UDOSTĘPNIENIE INFORMACJI PUBLICZNEJ**

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1598, 1641 z późn. zm.) zwracam się z prośbą o udostępnienie informacji w następującym zakresie\*:

**1) SPOSÓB I FORMA UDOSTĘPNIENIA INFORMACJI:\*\***

dostęp do przeglądania informacji w Szpitalu Skawina – proponowany termin: .....-.....-20..... r.

forma pisemna

pliki komputerowe

**Rodzaj nośnika:\*\***

płyta CD/DVD

przesłanie informacji pocztą elektroniczną na adres: .....@.....

**2) FORMA PRZEKAZANIA INFORMACJI:\*\***

przesłanie informacji pocztą na adres \*\*\* .....

odbiór osobiście przez wnioskodawcę w dniu: .....-.....-20.... r.

W celu umożliwienia realizacji niniejszego wniosku wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia, nazwiska i adresu, zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis wnioskodawcy*

**Uwagi:**

\* proszę wypełniać elektronicznie lub czytelnie drukowanymi literami

\*\* proszę zakreślić właściwe pole krzyżykiem

\*\*\* wypełnić jeśli adres jest inny niż wskazany w danych wnioskodawcy

**Szpital Skawina zastrzega prawo pobrania opłaty od informacji udostępnionych zgodnie z art. 15 ustawy o dostępie do informacji publicznej.**