

Форма для подання запиту на отримання публічної інформації від фізичної особи в письмовому вигляді

Розпорядник інформації		Українська медична стоматологічна академія вул. Шевченка, 23 м. Полтава, 36011
ЗАПИТ на отримання публічної інформації		
Прізвище, ім'я та по батькові, поштова адреса, адреса електронної пошти, номер телефону запитувача		
Вид, назва, реквізити, зміст документа, що запитується		
або		
Загальний опис інформації, що запитується	<i>(Загальний опис необхідної інформації)</i>	
Прошу надати відповідь у визначений законом термін. Відповідь надати:		
Поштою	<i>(Вказати поштову адресу)</i>	
Факсом	<i>(Вказати номер факсу)</i>	
Електронною поштою	<i>(Вказати e-mail)</i>	
<i>Необхідне підкреслити</i>		
Контактний телефон запитувача		
Дата запиту, підпис		