**ЗАПИТ на отримання публічної інформації**

|  |
| --- |
| **Розпорядник інформації** Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Київській області |

|  |  |
| --- | --- |
| **Організація** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид, назва, реквізити чи зміст документа, до якого Ви б хотіли отримати доступ** |  |
| або |
| **Я б хотів отримати доступ до інформації про…** | /Загальний опис інформації/ |

|  |
| --- |
| **Прошу надати мені відповідь у визначений законом термін. Відповідь надати:** |
| **Поштою** | /Вказати поштову адресу/ |
| **Факсом** | /Вказати номер факсу/ |
| **Електронною поштою** | /Вказати E-mail/ |
| **В усній формі** | /Вказати номер телефону/ |

 Підкреслити обрану категорію

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактний телефон** |  |
| **Дата запиту** |  |

 **Зареєстровано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**