**ФОРМА ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАПИТУ ВІД ФіЗИЧНИХ ОСІБ В ПИСЬМОВОМУ ВИГЛЯДІ**

ЗАПИТ  на отримання публічної інформації

|  |  |
| --- | --- |
| Розпорядник інформації | Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Житомирській області |
| П.І.Б. запитувача |  |
| 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/ |
| Підкресліть обрану категорію | |
| Контактний телефон | |
| Дата запиту, підпис | |

Зареєстровано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_