ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Державної служби з лікарських

засобів та контролю за наркотиками

у Запорізькій області

від 01.11.2016 № 45

ФОРМА

для подання запиту на отримання публічної інформації

від фізичної особи в письмовому вигляді

|  |  |
| --- | --- |
| Розпорядник інформації | Державна служба з лікарських  засобів та контролю за наркотиками  у Запорізькій області  вул.. Складська,4, м.Запоріжжя, 69050 |
| ПІБ запитувача |  |
| Поштова (або електрона) адреса,  контактний телефон 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 необхідної інформації*) |

Прошу надати відповідь у визначений законом строк. Відповідь надати *(необхідне підкреслити):*

|  |  |
| --- | --- |
| на поштову адресу | *(вказати поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця, будинок, корпус, квартира)* |
| на електронну адресу | *(вказати е-mail)* |
| телефаксом | *(вказати номер факсу)* |
| за телефоном | *(вказати контактний телефон)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Державної служби з лікарських

засобів та контролю за наркотиками

у Запорізькій області

від 01.11.2016 № 45

ФОРМА

для подання запиту на отримання публічної інформації

від юридичної особи в письмовому вигляді

|  |  |
| --- | --- |
| Розпорядник інформації | Державна служба з лікарських  засобів та контролю за наркотиками  у Запорізькій області  вул.. Складська,4, м.Запоріжжя, 69050 |
| Найменування організації (юридичної особи) |  |
| Поштова (або електрона) адреса,  номер телефону юридичної особи |  |
| ПІБ представника запитувача, посада |  |
| Вид, назва, реквізити чи зміст документа, що запитується |  |
| або | |
| Загальний опис інформації, що запитується | (*загальний опис необхідної інформації*) |

Прошу надати відповідь у визначений законом строк. Відповідь надати *(необхідне підкреслити):*

|  |  |
| --- | --- |
| на поштову адресу | *(вказати поштову адресу)* |
| на електронну адресу | *(вказати е-mail)* |
| телефаксом | *(вказати номер факсу)* |
| за телефоном | *(вказати контактний телефон)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Державної служби з лікарських

засобів та контролю за наркотиками

у Запорізькій області

від 01.11.2016 № 45

ЗАПИТ

на отримання публічної інформації

від об’єднання громадян без статусу юридичної особи в письмовому вигляді

|  |  |
| --- | --- |
| Розпорядник інформації | Державна служба з лікарських  засобів та контролю за наркотиками  у Запорізькій області  вул.. Складська,4, м.Запоріжжя, 69050 |
| Найменування (об’єднання громадян без статусу юридичної особи) |  |
| Поштова (або електрона) адреса,  номер телефону об’єднання громадян без статусу юридичної особи |  |
| Вид, назва, реквізити чи зміст документа, що запитується |  |
| або | |
| Загальний опис інформації, що запитується | (*загальний опис необхідної інформації*) |

Прошу надати відповідь у визначений законом строк. Відповідь надати *(необхідне підкреслити):*

|  |  |
| --- | --- |
| на поштову адресу | *(вказати поштову адресу)* |
| на електронну адресу | *(вказати е-mail)* |
| телефаксом | *(вказати номер факсу)* |
| за телефоном | *(вказати контактний телефон)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата) (підпис)