**Форма для подання 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 Хмельницькій області** |
| **Кому** | **Начальнику Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області** |

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б. представника запитувача, посада** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид, назва, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит** |  |
| **або** | |
| **Загальний опис необхідної інформації** |  |

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

*Підкреслити обрану категорію*

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактний телефон** |  |
| **Дата запису, підпис** |  |

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

**Форма для подання інформаційного запиту від юридичних осіб в письмовому виді**

**ЗАПИТ  
на отримання публічної інформації**

|  |  |
| --- | --- |
| **Розпорядник інформації** | **Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області** |
| **Кому** | **Начальнику Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Організація, юридична особа** |  |
| **П.І.Б. представника запитувача, посада** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид, назва, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит** |  |
| **або** | |
| **Загальний опис необхідної інформації** |  |

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

*Підкреслити обрану категорію*

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактний телефон** |  |
| **Дата запису, підпис** |  |

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

**Форма для подання інформаційного запиту від об’єднанб громадян в письмовому виді**

**ЗАПИТ  
на отримання публічної інформації**

|  |  |
| --- | --- |
| **Розпорядник інформації** | **Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області** |
| **Кому** | **Начальнику Державної служби з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Організація** |  |
| **П.І.Б. представника запитувача, посада** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид, назва, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит** |  |
| **або** | |
| **Загальний опис необхідної інформації** |  |

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

*Підкреслити обрану категорію*

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактний телефон** |  |
| **Дата запису, підпис** |  |

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

**Форма для подання запиту на отримання публічної інформації   
від запитувача по телефону**

**ЗАПИТ  
на отримання публічної інформації**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Прізвище, ім’я та по –батькові, поштова адреса, адреса електронної пошти, номер телефону запитувача (Прізвище, ім’я та по –батькові представника запитувача)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид, назва, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено запит** |  |
| **або** | |
| **Загальний опис необхідної інформації** |  |

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

*Підкреслити обрану категорію*

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактний телефон** |  |
| **Дата запису, підпис** |  |

**Зареєстровано** в Державній службі з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Хмельницькій області

(запит заповнюється працівником Державної служби)