**ЗАПИТ**

**на отримання публічної інформації**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Розпорядник інформації** | | | Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Чернівецькій області | |
|  | |  | | |
| **Організація, юридична особа** |  |  | | |
| **П.І.Б.**  **представника запитувача, посада** |  |  | | |
|  | |  | | |
| **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 Е-таі1/ |
| Підкреслити обрану категорію | |  | | |
| **Контактний телефон** | |  | |  |
| **Дата запиту** | |  | |  |

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