ЗАПИТ

**на отримання публічної інформації**

|  |  |
| --- | --- |
| **Розпорядник інформації**  | Державна служба з лікарських засобів та контролю за наркотиками у Чернівецькій 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 Е-таі1/ |
| **В усній формі** |  | /Вказати номер телефону/ |
| Підкреслити обрану категорію |  |
| **Контактний телефон** |  |  |
| **Дата запиту** |  |  |

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