

SPITAL ORASENESC NEGRESTI OAS

Strada Victoriei nr.90 loc.Negresti Oas

Tel/fax: 0261854830/0261854566

Email:spitalnegrestioas@yahoo.com

Data_____

Stimate domnule/Stimată doamnă

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente:

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opțional):_____.

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris).

Vă mulțumesc pentru solicitudine,

(semnătura petentului)

Numele și prenumele petentului_____

Adresa_____

Profesia (opțional)_____

Telefon, fax:_____