

Директору КНП «_____»
назва вашого медичного закладу

(П.І.Б. директора)
Адреса: _____

Від _____ (П.І.Б.)
Адреса: _____
(ваша поштова адреса проживання)
Тел: +38 _____
ел.адреса: _____ (за наявності)

ЗАПИТ НА ІНФОРМАЦІЮ

На підставі статей 1, 13, 19, 20 Закону України «Про доступ до публічної інформації» прошу надати наступну інформацію:

- залишки лікарського засобу [назва діючої речовини], наявні у [назва вашого медичного закладу];
- за якою програмою було забезпечено медичний заклад зазначеним лікарським засобом: державні закупівлі, закупівлі за кошти місцевих бюджетів, інших джерел, гуманітарної допомоги, та за якими захворюваннями.

Проху надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну адреси _____@_____ (за наявності ел.пошти).

«__» _____ 202_р.

підпис / _____
П.І.Б.