Městská nemocnice následné péče
K Moravině 343/6, 190 00 Praha 9
IČ: 45245843
Zřizovatel: Hlavní město Praha

FORMULÁŘ ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ INFORMACE PODLE ZÁKONA č. 106/1999 SB., O SVOBODNÉM PŘÍSTUPU K INFORMACÍM, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ

POVINNÉ ÚDAJE
SUBJEKT: MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE
ADRESA: K MORAVINĚ 343/6, 190 00 PRAHA 9
ÚDAJE ŽADATELE:
JMÉNO: **PŘÍJMENÍ** (u právnické osoby název): **DATUM NAROZENÍ** (u právnické osoby IČO):
ADRESA MÍSTA TRVALÉHO BYDLIŠTĚ: **KORENSPONDENČNÍ ADRESA** (nevyplňuje se, pokud je shodná s adresou místa trvalého pobytu nebo sídla) **ELEKTRONICKÁ ADRESA:**

PŘEDMĚT ŽÁDOSTI
Žádám o poskytnutí informací podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, ve znění pozdějších předpisů:

V……dne…… Podpis: ……