

Regionálny úrad verejného zdravotníctva Prievidza so sídlom v Bojniciach**ŽIADOSŤ O SPRÍSTUPNENIE INFORMÁCIÍ**

Podľa zákona č. 211 / 2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon)

<b>Evidenčné číslo:</b>	
<b>Meno a priezvisko žiadateľa:</b>	
<b>Adresa žiadateľa:</b>	
<b>PSČ:</b>	
<b>Telefón:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>E-mail:</b>	

<b>VEC:</b>
-------------

Vyplní Regionálny úrad verejného zdravotníctva Prievidza so sídlom v Bojniciach:

<b>PRIJATIE ŽIADOSTI</b>							
<b>Dátum:</b>	<b>Hodina:</b>						
<b>FORMA PRIJATIA ŽIADOSTI</b>							
<input type="checkbox"/> ústne osobne	<input type="checkbox"/> ústne telefonicky	<input type="checkbox"/> listom	<input type="checkbox"/> faxom	<input type="checkbox"/> elektronickou poštou	<input type="checkbox"/> inak		
<b>Žiadosť prevzal:</b>	<b>Útvar:</b>						
<b>Žiadosť vybavil:</b>	<b>Útvar:</b>						
<b>SPOSOB VYBAVENIA ŽIADOSTI</b>							
vybavenie – nevybavenie (dôvody)							
<b>FORMA VYBAVENIA ŽIADOSTI:</b>							
<input type="checkbox"/> ústne osobne	<input type="checkbox"/> ústne telefonicky	<input type="checkbox"/> listom	<input type="checkbox"/> zhotovením kópie	<input type="checkbox"/> nahliadnutím do spisu	<input type="checkbox"/> faxom	<input type="checkbox"/> elektronickou poštou	<input type="checkbox"/> inak
<b>Dátum vybavenia žiadosti:</b>							
<b>Poplatok:</b> ..... Sk	zaplatený - odpustený	dňa ..... č. dokladu .....					