

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)

Evidenčné číslo:	
Meno a priezvisko žiadateľa:	
Adresa žiadateľa:	
PSČ:	
Telefón:	
Fax:	
E-mail:	

VEC:

Vyplní Regionálny úrad verejného zdravotníctva Prievidza so sídlom v Bojniciach:

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