

Denumirea autorității sau instituției publice
Spitalul Municipal Dr. Pop Mircea Marghita
Sediul/adresa Marghita, str. Eroilor nr.12-14
Data _____

Stimate domnule/Stimată doamnă Manager,

_____ ,

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

.....
.....
.....
.....
.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate:

- Pe e-mail, la adresa
- Pe e-mail în format editabil, la adresa
- Pe format de hârtie, la adresa

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

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

(semnătura petentului)
Numele și prenumele petentului _____
Adresa _____
Profesia (opțional) _____
Telefon, fax: _____