

## SPITALUL DE PNEUMOFTIZIOLOGIE GALATI

Str. Stiintei nr 117, localitatea Galati; tel/fax: 0236/46077; e-mail: spitalultbc@gmail.com

Doamna 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 (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informațiile solicitate):

.....

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate:

Pe e-mail, la adresa:	
Pe format de hârtie, la adresa:	

.....

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

Data .....

Semnatura(optional).....

Numele și prenumele petentului .....

Adresa la care se solicită primirea răspunsului/e-mail .....

Profesia (opțional) .....

Telefon (opțional) .....