 **SPITALUL ORĂŞENESC NEGREŞTI OAŞ**

*Jud. Satu Mare – Localitatea Negreşti Oaş, str.Victoriei nr.90*

*CIF 3963960, Telefon: 0261854830, Fax: 0261854566, e-mail:* [*spitalnegrestioas@yahoo.com*](mailto:spitalnegrestioas@yahoo.com)

*Operator de date cu caracter personal nr.13695*

ANEXA 4 la normele metodologice

**Formular-tip cerere de informaţii de interes public**

Stimate domnule/Stimată doamnă ....................................................................,

   Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr. 544/2001 privind liberul acces la

informaţiile de interes public, cu modificările şi completările ulterioare. Doresc să primesc

o copie de pe următoarele documente (petentul este rugat să enumere cât mai concret documentele sau informaţiile solicitate) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Doresc ca informaţiile 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 costurile aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris).

   Vă mulţumesc pentru solicitudine,  
   ...............................  
   semnătura petentului (opţional)

**Numele şi prenumele petentului** ...................................

**Adresa la care se solicită primirea răspunsului/E-mail** .............

**Profesia (opţional)** ................................................

**Telefon (opţional)** .................................................

**Data** .................................