



**REGIONÁLNY ÚRAD
VEREJNÉHO ZDRAVOTNÍCTVA
BRATISLAVA hl.m.
so sídlom v Bratislave**

Ružinovská č. 8, 820 09 Bratislava 29, P.O. Box 26

**Žiadosť
o poskytnutie informácie podľa zákona č. 211/2000 Z. z.
o slobodnom prístupe k informáciám
a o zmene a doplnení niektorých zákonov**

**Meno a priezvisko žiadateľa:
(obchodné meno)**

Adresa (sídlo) žiadateľa:

@ email:

☎tel.:

Obsah požadovaných informácií:

Požadovaný spôsob poskytnutia informácií:¹

ústne

telefonicky

faxom

emailom

písomne

nahliadnutie do spisu

Dátum podania žiadosti:

.....
Podpis žiadateľa