

**Žiadosť o poskytnutie informácií
z Ministerstva zdravotníctva SR**

Podľa zákona č. 211/2000 Z.z

Povinná osoba:

Ministerstvo zdravotníctva SR

Meno:

Priezvisko:

Titul:

Ulica:

Číslo:

Mesto:

PSC:

Telefón:

E-mail:

Fax:

Požadovaný spôsob poskytnutia informácie:

Vec:

Vaša žiadosť:

Poznámka:

Podpis