

## Model - Formular-tip cerere de informații de interes public

### SPITALUL ORASENESC BAICOI

Sediul: Baicoi, Prahova, str.Spitalului, nr.7, cod postal 105200,  
Telefon: 0244700784 (centrala)

Data \_\_\_\_\_

Stimate domnule/Stimată doamnă \_\_\_\_\_

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 e-mail, in format editabil, la adresa: .....

Pe format de hartie, la adresa: .....

Sunt dispus să plătesc costurile aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate.

(dacă se solicită copii în format scris).

Vă mulțumesc pentru solicitudine,

semnătura petentului  
(opțional)

Numele și prenumele petentului \_\_\_\_\_

Telefon (opțional) \_\_\_\_\_

Profesia (optional) \_\_\_\_\_