|  |
| --- |
| **ЗАТВЕРДЖЕНО****Наказ Міністерства****охорони здоров’я України****06.05.2014  № 299** |

**ФОРМА**
**запиту на публічну інформацію,**
**розпорядником якої є Міністерство охорони здоров’я України**

|  |
| --- |
| **Розпорядник інформації:** Міністерство охорони здоров’я України |
| **Запитувач** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(прізвище, ім'я, по батькові - для фізичних осіб, найменування організації,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прізвище, ім'я, по батькові представника організації - для юридичних осіб\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_та об'єднань громадян, що не мають статусу юридичної особи,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_поштова адреса або електронна адреса, контактний телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАПИТ НА ПУБЛІЧНУ ІНФОРМАЦІЮ**

Прошу відповідно до [Закону України «Про доступ до публічної інформації»](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2939-17) надати
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                                         (загальний опис інформації або вид, назва, реквізити чи зміст документа)

Запитувану інформацію прошу надати (необхідне зазначити):

|  |  |
| --- | --- |
| На поштову адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(поштовий індекс, область, район, населений пункт, вулиця,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_будинок, корпус, квартира)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| На електронну адресу | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Телефаксом | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| За телефоном | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(підпис) |

**Примітки:**

1. Запит на публічну інформацію (далі - Запит) подається фізичною або юридичною особою, об’єднанням громадян без статусу юридичної особи в усній чи письмовій формі під час особистого прийому або шляхом надсилання поштою, електронною поштою, телефаксом або по телефону.

2. Запит може бути поданий:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | на поштову адресу | МОЗ України, вул. М. Грушевського, 7,м. Київ, Україна, 01601; |
|  | на електронну адресу | info@moz.gov.ua; |
|  | телефаксом | (044) 200-08-14; |
|  | телефоном | (044) 200-08-14. |

3. Запит відповідно до форми запиту на публічну інформацію, розпорядником якої є Міністерство охорони здоров’я України, повинен містити: прізвище, ім'я, по батькові (найменування) запитувача, поштову адресу або адресу електронної пошти чи номер засобу зв’язку (якщо такий є); загальний опис інформації або вид, назву, реквізити чи зміст документа, щодо якого зроблено Запит (якщо запитувачу це відомо); підпис і дату (за умови подання письмового Запиту).

4. Для подання письмового Запиту запитувач може використати форму, яка надається в приймальні громадян МОЗ України або яка розміщується на офіційному веб-сайті МОЗ України.

5. Запит може бути поданий особисто до приймальні громадян МОЗ України кожного робочого дня з 9.30 до 17.30, за винятком часу на обідню перерву з 13.00 до 13.45.

6. Під час подання Запиту запитувач зазначає зручну для нього форму отримання інформації.

7. У разі якщо з поважних причин (інвалідність, обмежені фізичні можливості тощо) особа не може подати письмовий Запит, його оформлює співробітник приймальні громадян МОЗ України із зазначенням прізвища, імені, по батькові, контактного телефону та наданням копії Запиту особі, яка його подала.

8. На вимогу запитувача на першому аркуші копії Запиту проставляється відбиток штампа МОЗ України із зазначенням дати надходження та вхідного номера Запиту. Така копія повертається запитувачу.

|  |  |
| --- | --- |
| **В.о. директора Департаменту****інформаційно-організаційного****та документального****забезпечення** | **Р. Лихотоп** |