

**Inštitút pre pracovnú rehabilitáciu občanov
so zdravotným postihnutím**
Mokrohájska 1
842 40 Bratislava

Miesto a dátum podania žiadosti

Žiadosť o sprístupnenie informácií

podľa zákona č. 211/2000 Z.z. o slobodnom prístupe k informáciám
(zákon o slobode informácií) v znení neskorších predpisov

Meno :

Priezvisko:

Titul:

Názov organizácie / Obchodné meno:

Ulica:

Číslo:

Mesto:

PSČ:

Telefón:

E – mail:

Fax:

Požadované informácie:

Navrhovaný spôsob sprístupnenia informácie :

podpis žiadateľa