

Nemocnica s poliklinikou Myjava

Staromyjavská 59

907 01 Myjava

ŽIADOSŤ O SPRÍSTUPNENIE INFORMÁCIÍ

(podľa zákona č. 211/2000 Z. z. o slobodnom prístupe k informáciám v platnom znení)

1. Údaje o žiadateľovi

Meno a priezvisko / Obchodné meno (názov):

.....

Adresa trvalého pobytu / Sídlo:

.....

.....

Telefónne číslo (nepovinné): E-mail (nepovinné):

.....

2. Povinná osoba (komu je žiadosť určená)

Názov organizácie: Nemocnica s poliklinikou Myjava

Sídlo: Staromyjavská 59, 907 01 Myjava

3. Predmet žiadosti (požadované informácie)

Žiadam o sprístupnenie nasledovných informácií:

.....

.....

.....

.....

(Upozornenie: Táto žiadosť neslúži na sprístupňovanie údajov zo zdravotnej dokumentácie konkrétneho pacienta. Na tento účel slúži osobitný postup podľa zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti).

4. Spôsob sprístupnenia informácií (vyznačte krížikom požadovanú formu)

Žiadam, aby mi boli informácie sprístupnené nasledovným spôsobom:

☐ Elektronicky (e-mailom) na adresu uvedenú v bode 1.

☐ Písomne (poštou) na adresu uvedenú v bode 1.

☐ Osobne (nahliadnutím do spisu) v priestoroch povinnej osoby s možnosťou vyhotovenia kópií.

☐ Iným spôsobom (uved'te akým):

5. Vyhlásenie a podpis

Som si vedomý/á, že informácie sú poskytované bezplatne, s výnimkou úhrady materiálnych nákladov spojených so zhotovením kópií, zadovážením technických nosičov a odoslaním informácie (poštovné) v zmysle platného sadzobníka úhrad povinnej osoby.

Podpis žiadateľa

V dňa

(Pri elektronickom podaní nie je vlastnoručný podpis nutný)

Dôležité informácie pre žiadateľa

- Vaša žiadosť bude vybavená bez zbytočného odkladu, najneskôr však do **12 pracovných dní** od jej doručenia (v zmysle novely zákona).
- Zo závažných dôvodov stanovených zákonom môže byť táto lehota predĺžená o ďalších najviac 8 pracovných dní. O predĺžení lehoty budete informovaný/á.
- Ak žiadosť neobsahuje predpísané náležitosti, povinná osoba Vás vyzve na jej doplnenie.