

Голові [назва обласної державної адміністрації]*

_____ (П.І.Б. голови)

Адреса: _____

Від _____ (ваши П.І.Б.)

Адреса: _____

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38 _____

ел.адреса: _____ (за наявності)

ЗАПИТ НА ІНФОРМАЦІЮ

На підставі статей 1, 13, 19, 20 Закону України «Про доступ до публічної інформації»
прошу надати наступну інформацію:

1. Склад комісії, утвореної [назва обласної державної адміністрації]* для прийняття рішень щодо необхідності у забезпеченні громадян, які страждають на рідкісні (орфанні) захворювання (легеневу гіпертензію), лікарськими засобами, що закупаються за рахунок коштів місцевих бюджетів, відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. №160.
2. Графік засідань зазначеної комісії на 2025 рік.
3. Контактні дані комісії (адреса, телефон, електронна пошта).

Прошу надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну
адреси _____@_____ (за наявності ел.пошти).

«__» _____ 202__р.

_____/_____
підпис П.І.Б.

=====

*Довідково: для м.Києва – Київська міська державна адміністрація