

## Közérdekű adat megismerésére irányuló igénybejelentés

**Az igénylő személy vagy szervezet neve:**

.....

**Az igényelt közérdekű adat(ok) konkrét megjelölése:**

.....  
.....

**Az adatkérés időpontja:** .....

**Az adatkérés teljesítésének módja (a megfelelő szövegrész aláhúzendó):**

Az adatokról szóbeli/írásbeli tájékoztatást kérek

Az adatokat megtekintésre kérem rendelkezésre bocsátani

Az adatokról másolat készítését igényelem

### Nyilatkozat

Alulírott .....(név) nyilatkozom, hogy az igényem teljesítése során a felmerülő költségeket a Kórház részére (a megfelelő szövegrész aláhúzendó):

Megtérítem

Nem térítem meg.

A nyilatkozat aláírásával tudomásul veszem, hogy amennyiben a felmerülő költségeket nem vállalom az általam kért információkról csak olyan formában és módon kaphatok tájékoztatást, ami nem okoz meg nem térülő költséget a Zala Megyei Kórháznak. Tudomásul veszem, hogy az igény visszavonása esetén az adatok előállításával összefüggésben visszavonásig felmerült költségeket köteles vagyok megfizetni.

Az elkészített másolatot (a megfelelő szövegrész aláhúzendó)

személyesen,

postai úton,

e-mail címen keresztül veszem át.

Kérem biztosítani, a következő címen, illetőleg személyes átvételkor a következő elérési helyen kérek értesítést:

Telefonszám: .....

Cím.....

E-mail cím.....

Zalaegerszeg,

.....

*Igénylő aláírása*

