



SPITALUL CLINIC NR.1
CF WITTING

MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC NR.1 CF WITTING BUCUREȘTI
Calea Plevnei nr.142-144
Tel.021 317 00 68 021 312 94 25 / Fax. 021 317 60 17
www.spitalcfwitting.ro E-mail: spitalwitting@yahoo.com
Operator de date cu caracter personal nr.32927

SOLICITAREA INFORMATIILOR DE INTERES PUBLIC (LEGEA NR.544/2001)

1. FORMULAR SOLICITARE INFORMATII PUBLICE
2. FORMULAR RECLAMATIE
3. FORMULAR DECLARATIE DEPASIRE RASPUNS IN TERMEN

Formularul de solicitare a informatiilor de interes public/reclamatii, pot fi transmise:

- prin posta electronica la adresa de e-mail: spitalwitting@yahoo.com
- prin fax la nr. 021 317 60 17
- prin posta la adresa: Spitalul Clinic Nr.1 CF Witting/ Calea Plevnei, nr.142-144, cod postal 010243, Bucuresti
- depunere la secretariatul spitalului
program: **Luni –joi:** 08-16:30
Vineri: 08-14:00



SPITALUL CLINIC NR.1
CF WITTING

MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC NR.1 CF WITTING BUCUREȘTI
Calea Plevnei nr.142-144
Tel.021 317 00 68 021 312 94 25 / Fax. 021 317 60 17
www.spitalcfwitting.ro E-mail: spitalwitting@yahoo.com
Operator de date cu caracter personal nr.32927

Cerere tip anexa 1 din normele metodologice

Denumirea autorității sau instituției publice

Sediul/adresa _____

Data _____

Stimate domnule/Stimate doamne

Prin prezenta formulez o cerere conform Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informațiile de interes public. Doresc să primesc o copie de pe următoarele documente:

Doresc ca informațiile solicitate să îmi fie furnizate, în format electronic, la următoarea adresă de e-mail (opțional):_____.

Sunt dispus să plătesc taxele aferente serviciilor de copiere a documentelor solicitate (dacă se solicită copii în format scris).

Vă mulțumesc pentru sollicitudine,

(semnătura petentului)

Numele și prenumele petentului _____

Adresa _____

Profesia (opțional) _____

Telefon, fax: _____



SPITALUL CLINIC NR.1
CF WITTING

MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC NR.1 CF WITTING BUCUREȘTI
Calea Plevnei nr.142-144
Tel.021 317 00 68 021 312 94 25 / Fax. 021 317 60 17
www.spitalcfwitting.ro E-mail: spitalwitting@yahoo.com
Operator de date cu caracter personal nr.32927

Model reclama ie administrativ (1) - anexa 2 la normele metodologice

Denumirea autorit ii sau institu iei publice

Sediul/adresa _____

Data _____

Stimate domnule/Stimat doamn

Prin prezenta formulez o reclama ie administrativ , conform Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informa iile de interes public, întrucât la cererea nr. _____ din data de _____ am primit un r spuns negativ, la data de _____, într-o scrisoare semnat de _____ (se completeaz numele respectivului func ionar).

Documentele de interes public solicitate erau urm toarele:

Documentele solicitate se încadreaz în categoria informa iilor de interes public, din urm toarele considerente: _____.

Prin prezenta solicit revenirea asupra deciziei de a nu primi informa iile de interes public solicitate în scris/format electronic, considerând c dreptul meu la informa ie, conform legii, a fost lezat.

V mul umesc pentru solitudine,

(semn tura petentului)

Numele i prenumele petentului _____

Adresa _____

Profesia (op ional) _____

Telefon, fax: _____



SPITALUL CLINIC NR.1
CF WITTING

MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC NR.1 CF WITTING BUCUREȘTI
Calea Plevnei nr.142-144
Tel.021 317 00 68 021 312 94 25 / Fax. 021 317 60 17
www.spitalcfwitting.ro E-mail: spitalwitting@yahoo.com
Operator de date cu caracter personal nr.32927

Model reclama ie administrativ (2) - anexa 2 la normele metodologice

Denumirea autorit ii sau institutiei publice

Sediul/adresa_____

Data_____

Stimate domnule/Stimat doamn

Prin prezenta formulez o reclama ie administrativ , conform Legii nr.544/2001 privind liberul acces la informa iile de interes public, întrucât la cererea nr._____din data de _____nu am primit informa iile solicitate în termen legal, stabilit de lege.

Documentele de interes public solicitate erau urm toarele:

Documentele solicitate se încadreaz în categoria informa iilor de interes public, din urm toarele considerente: _____.

Prin prezenta solicit revenirea asupra deciziei de a nu primi informa iile de interes public solicitate în scris/format electronic, considerând c dreptul meu la informa ie, conform legii, a fost lezat.

V mul umesc pentru solicitudine,

(semn tura petentului)

Numele i prenumele petentului_____

Adresa_____

Profesia (op ional)_____

Telefon, fax:_____



SPITALUL CLINIC NR.1
CF WITTING

MINISTERUL TRANSPORTURILOR
SPITALUL CLINIC NR.1 CF WITTING BUCUREȘTI
Calea Plevnei nr.142-144
Tel.021 317 00 68 021 312 94 25 / Fax. 021 317 60 17
www.spitalcfwitting.ro E-mail: spitalwitting@yahoo.com
Operator de date cu caracter personal nr.32927

**ÎN ATENȚIA PERSOANELOR CARE SOLICITĂ INFORMAȚII DE INTERES
PUBLIC, POTRIVIT PREVEDERILOR LEGII NR.544 DIN 12 OCTOMBRIE 2001**