

<b>Розпорядник інформації:</b>	Департамент соціального захисту населення Миколаївської обласної державної адміністрації Адреса: 54029, вул. Робоча, 2А/1, м. Миколаїв
<b>Запитувач</b> (необхідне зазначити):	<input type="checkbox"/> <b>Фізична особа:</b> _____ _____ (Прізвище, ім'я, по батькові) <input type="checkbox"/> <b>Юридична особа:</b> _____ _____ _____ (Найменування організації, ПІБ представника організації) <input type="checkbox"/> <b>Об'єднання громадян, що не мають статусу юридичної особи:</b> _____ _____ _____ (Найменування об'єднання, ПІБ представника об'єднання )
<b>Поштова адреса, електронна адреса, контактний телефон запитувача:</b>	<b>Поштова адреса:</b> _____ _____ <b>E-mail:</b> _____ <b>Тел.:</b> _____
<p align="center"> <b>ЗАПИТ</b>  <b>на отримання публічної інформації,</b>  <b>розпорядником якої є департамент соціального захисту населення</b>  <b>Миколаївської обласної державної адміністрації</b> </p>	
Прошу відповідно до Закону України «Про доступ до публічної інформації» надати _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ (загальний опис інформації або вид, назва, реквізити чи зміст документа)	
<b>Запитовану інформацію прошу надати у визначений законом строк (необхідне зазначити):</b> <input type="checkbox"/> <b>Поштою:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Електронною поштою:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Факсом:</b> _____	
<b>Дата запиту</b>	
<b>Підпис запитувача</b>	