Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Ruská 2412/85, 100 05 Praha 10

Příloha č. 3
Formulář žádosti – právnická osoba

Žádost o poskytnutí informace podle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím

Institut zpracovává osobní údaje, bližší informace naleznete v Zásadách ochrany osobních údajů dostupných na https://www.ipvz.cz/zasady-ochrany-osobnich-udaju

Název právnické osoby*	
IČO*	
Ulice a číslo popisné*	
Město / obec*	
PSČ*	

**) Povinná pole*

Pokud se poštovní doručovací adresa liší od adresy výše, nutno vyplnit:

Ulice a číslo popisné*	
Město / obec*	
PSČ*	

**) Povinná pole*

Preferovaný způsob odpovědi:

ANO x NE	Zaslat poštou na uvedenou adresu
ANO x NE	Zaslat e-mailem / datovou schránkou na adresu níže
ANO x NE	Odpovědět telefonicky – kontakt níže

E-mailová adresa	
ID datové schránky	
Telefon	

Předmět (text) žádosti:

Datum: …… Podpis: ……..…..