

ФОРМА ЗАПИТУ НА ІНФОРМАЦІЮ, або ЗВЕРНЕННЯ

Кому (розпорядник інформації) тел./	КНП «Київська стоматологія» вул. Пимоненка, 10-А, м. Київ-04050 тел./факс (044) 482-12-69 тел. «гарячої» лінії (044) 482-12-69, E-mail: <i>knp_ks@ukr.net</i>
Від кого (запитувач)	(П.І.Б. запитувача)
	(поштова адреса)
	(контактний телефон/факс,електронна адреса)
Загальний опис інформації,вид, назва,реквізит чи зміст документа (якщо відомо) або ТЕКСТ звернення	

Відповідь надати: (потрібне підкреслити)	Поштою	Факсом	Електронною поштою	Усно	Особисто
---	--------	--------	--------------------	------	----------

Дата та підпис	
----------------	--