

**FORMULÁŘ ODVOLÁNÍ PROTI ROZHODNUTÍ O ODMÍTNUTÍ (I ČÁSTEČNÉM) ŽÁDOSTI
O POSKYTNUTÍ INFORMACE PODLE ZÁKONA Č. 106/1999 Sb., O SVOBODNÉM PŘÍSTUPU
K INFORMACÍM, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ**

Označení správního orgánu, jemuž je odvolání určeno (adresa): Magistrát hlavního města Prahy Odbor zdravotnictví Jungmannova 35/29, Praha 1	
Prostřednictvím Zdravotnická záchraná služba hlavního města Prahy Korunní 2456/98, 101 00 Praha 10	
Jméno:	Příjmení (u právnické osoby název nebo obchodní firma):
Titul:	Datum narození (u právnické osoby IČO nebo obdobný údaj):
Adresa místa trvalého pobytu nebo bydliště (u právnické osoby sídla): Ulice: č. p.:	Adresa pro doručování (může být i elektronická): Ulice: č. p.:
PSČ: Obec:	PSČ: Obec:
Elektronická adresa:	Elektronická adresa: Pozn.: Nevyplňuje se, je-li shodná s adresou místa trvalého pobytu, bydliště nebo sídla
Datum podání žádosti o poskytnutí informace, případně předmět žádosti:	
Údaje o tom, proti kterému rozhodnutí odvolání směřuje [označení správního orgánu, který rozhodnutí vydal, č. j. (sp. zn.) rozhodnutí, datum vyhotovení rozhodnutí] a v jakém rozsahu ho napadá*:	
Údaj o tom, v čem je spatřován rozpor s právními předpisy nebo nesprávnost rozhodnutí nebo řízení, jež mu předcházelo:	

Čeho se odvolatel domáhá (co odvolatel navrhuje):

Vdne.....

Podpis.....

* Není-li v odvolání uvedeno, v jakém rozsahu odvolatel rozhodnutí napadá, platí, že se domáhá zrušení celého rozhodnutí.