FORMULÁŘ STÍŽNOSTI NA POSTUP PŘI VYŘIZOVÁNÍ ŽÁDOSTI O INFORMACE O POSKYTNUTÍ INFORMACE PODLE ZÁKONA Č. 106/1999 Sb., O SVOBODNÉM PŘÍSTUPU K INFORMACÍM, VE ZNĚNÍ POZDĚJŠÍCH PŘEDPISŮ

<table>
<tr><td colspan="2">Označení povinného subjektu*:
Zdravotnická záchranná služba hlavního města Prahy
Korunní 2456/98, 101 00 Praha 10</td></tr>
<tr><td colspan="2">Označení nadřízeného orgánu*:
Magistrát hlavního města Prahy
Odbor zdravotnictví
Jungmannova 35/29, Praha 1</td></tr>
<tr><td>Jméno:</td><td>Příjmení (u právnické osoby název):</td></tr>
<tr><td>Titul:</td><td>Datum narození (u právnické osoby IČO):</td></tr>
<tr><td>Adresa místa trvalého pobytu nebo bydliště (u právnické osoby sídla):
Ulice: č. p.:

PSČ: Obec:

Elektronická adresa:</td><td>Adresa pro doručování (může být i elektronická):
Ulice: č. p.:

PSČ: Obec:

Elektronická adresa:

Pozn.: Nevyplňuje se, je-li shodná s adresou místa trvalého pobytu, bydliště nebo sídla</td></tr>
<tr><td>Datum podání žádosti:</td><td>Č. j., sp. zn. žádosti:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Předmět stížnosti:

V ……dne…… Podpis……</td></tr>
</table>

*Stížnost se podává u povinného subjektu a rozhoduje o ní nadřízený orgán.