

ФОРМА ЗАПИТУ НА ІНФОРМАЦІЮ

Розпорядник інформацій: ДУ "Рівненський ОЦКПХ МОЗ"

Запитувач	_____
	<i>(прізвище, ім'я, по батькові - для фізичних осіб, найменування організації,</i>
	<i>прізвище, ім'я, по батькові представника організації - для юридичних осіб та</i>
	<i>об'єднань громадян, що не мають статусу юридичної особи,</i>
	<i>поштова адреса або електронна адреса, контактний телефон)</i>
