**Žádost o poskytnutí informace**

(dle zákona č. 106/1999 Sb., o svodném přístupu k informacím)

**Žadatel:**

(jméno a příjmení, u právnické osoby název organizace)

**Datum narození / IČ:**

**Adresa (sídlo):**

**Telefon:**   **e-mail:**

**žádá o poskytnutí informace** (charakteristika) :

**Způsob poskytnutí informace:**

a) zaslat na adresu

b) zaslat e-mailem

c) k osobnímu vyzvednutí v budově Ústavu experimentální medicíny AV ČR, v. v. i., Vídeňská 1083, 142 20 Praha 4, sekretariát ředitelky, telefon 241 062 230.

……………………………………

 podpis