



**Ústav
experimentální
medicíny AV ČR, v.v.i.**

EU Centre of Excellence

Žádost o poskytnutí informace

(dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném 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.,
Václavská 1083, 142 20 Praha 4, sekretariát ředitelky, telefon 241 062 230.

podpis