



## **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.,  
Videňská 1083, 142 20 Praha 4, sekretariát ředitelky, telefon 241 062 230.

\_\_\_\_\_  
podpis