

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Fecha:

Ciudad:

Institución:

RED MUNICIPAL DE SALUD MACHALA EP.

Autoridad:

Dr. Danilo Pontón Reyes

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre:

Apellido:

Cédula No.

Dirección domiciliaria:

Teléfono (fijo o celular):

PETICIÓN CONCRETA:

Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:

FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

Retiro de la información en la institución

Email:

FORMATO DE ENTREGA:

Copia en papel:

Cd.

Formato electrónico digital:

PDF

Word

Excel

Otros

Por favor entregarlo en el área de Secretaría General de la empresa, ubicada en la Av. 25 de Junio y 9 de Mayo (4to Piso, edificio municipal)