УКРАЇНА
Департамент охорони здоров'я
Харківської міської ради
Комунальний заклад охорони здоров'я
«Харківська міська стоматологічна
поліклініка № 7»
61174, м. Харків, проспект Перемоги, 53-А
КОД 03293511
Р/р 35417001034665
МФО 851011
тел. 7250795
E-mail: 7stom@ukr.net

УКРАИНА
Департамент здравоохранения
Харьковского городского совета
Коммунальное учреждение охраны здоровья
«Харьковская городская стоматологическая поликлиника № 7»
61174, г. Харьков, проспект Победы, 53-А
КОД 03293511
Р/с 35417001034665
МФО 851011
тел. 7250795
E-mail 7stom@ukr.net

13.01.2017 №69

FOI at requests Харківська
міська рада
foi+reguest-16106-15bab3c1@dostup.pravda.com.ua

На Ваш запит №54-у від 30.12.2016 року, направлений до Харківської міської ради вх. № М-3-11/3036/180-16 від 30.12.2016, направлений до Департаменту охорони здоров'я Харківської міської ради вих. № М-3-11/3019-3041/180-16 13/0/58-17 від 10.01.2017 року, направлений до КЗОЗ «Харківська міська стоматологічна поліклініка № 7» вх. №33 від 10.01.2017 р. повідомляємо наступне.

Згідно ст. 21 Закону України «Про доступ до публічної інформації» у разі, якщо задоволення запиту на інформацію передбачає виготовлення копій документів обсягом більш як 10 сторінок, запитувач зобов'язаний відшкодувати фактичні витрати на копіювання та друк.

Рішенням виконавчого комітету Харківської міської ради від 28.09.2011 № 683 (далі – Рішення) з урахуванням постанови Кабінету міністрів України від 13.07.2011 № 740 затверджено розмір фактичних витрат, пов'язаних із копіюванням та друком документів.

Надання інформації в електронному вигляді потребує сканування або виготовлення копії документів у форматі А4, обсяг запитуваних документів у форматі А4 становить 97 аркушів.

Для задоволення запиту необхідно сплатити вартість фактичних витрат, пов'язаних із копіюванням та друком запитуваного документу.

Згідно Рішення, надання копій документів за запитом здійснюється після підтвердження оплати вартості фактичних витрат, пов'язаних із копіюванням та друком документів, шляхом направлення розпоряднику інформації оригіналу розрахункового документу.

Виходячи з вищевикладеного повідомляємо, що протягом двох тижнів з дня відправки даного листа необхідно направити оригінал розрахункового документу до КЗОЗ «Харківська міська стоматологічна поліклініка №7» за адресою: 61174, м. Харків, пр. Перемоги, 53-а, 1 поверх, приймальня, або надати особисто за вказаною адресою з понеділка по п'ятницю з 08.00 до 16.00, у суботу з 08.00 до 14.00 (телефон для довідок 725-07-95).

Запитувані документи надаються протягом трьох робочих днів після підтвердження факту оплати. Відповідь на запит не надається у разі повної або часткової

відмови запитувача від оплати Рахунка.

Додаток: рахунок на відшкодування фактичних витрат на копіювання та друк документів, що надаються за запитом на інформацію на 1 арк., в 1 прим.

Відповідальна особа
за доступ до публічної інформації Ю.Г. Коган

виконавець Коган Ю.Г. 725-07-98

Надавач послуг: КЗОЗ «Харківська міська стоматологічна поліклініка №7»

Реєстраційний рахунок: 35417001034665 в ГУ ДКСУ у Х/о
МФО банку: 851011
Код ЄДРПОУ: 03293511

Платник: Матліна М.М.

РАХУНОК №2
від «13» січня 2017 року

Найменування	Вартість виготовлення 1 стор. (без ПДВ), грн.	Кількість сторінок, од.	Ціна (без ПДВ), грн.
Відшкодування фактичних витрат на копіювання або друк документів, що надаються за запитом на інформацію № 54-у від 30.12.2016 року	**3,20**	**97**	**310,40**
Разом			

Всього до сплати: **триста десять грн. 40 коп.**
(сума прописом)

Головний бухгалтер Т.М. Морозова