# WNIOSEK O PONOWNE WYKORZYSTYWANIE INFORMACJI SEKTORA PUBLICZNEGO

1. **Nazwa podmiotu zobowiązanego: ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**
2. **Informacje o wnioskodawcy**

|  |
| --- |
| Imię i nazwisko/nazwa |
|  |
| Imię i nazwisko pełnomocnika wnioskodawcy |
|  |

1. **Zakres ponownego wykorzystywania udostępnianej informacji sektora publicznego**

Na podstawie art. 5 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz.U. z 2021 poz. 1641) wnoszę o:

|  |  |
| --- | --- |
| udostępnienie informacji sektora publicznego, która będzie ponownie wykorzystywana | Zakres informacji, której dotyczy wniosek: |
|  |
| wykorzystanie informacji sektora publicznego **już** udostępnionej lub przekazanej | Zakres informacji, której dotyczy wniosek: |
|  |
| Warunki ponownego wykorzystywania i źródło udostępnienia lub przekazania informacji: |
|  |

1. **Cel ponownego wykorzystania informacji sektora publicznego**

|  |  |
| --- | --- |
| Cel komercyjny – rodzaj działalności, w której informacje będą ponownie wykorzystane (wskazanie dóbr, produktów lub usług): | Cel niekomercyjny – rodzaj działalności, w której informacje będą ponownie wykorzystane (wskazanie dóbr, produktów lub usług): |
|  |  |

1. **Okres ponownego wykorzystywania w sposób stały i bezpośredni w czasie rzeczywistym**

|  |
| --- |
|  |

1. **Sposób i forma przekazania informacji**

|  |  |
| --- | --- |
| Sposób przekazania informacji | Odbiór osobisty |
| Pocztą tradycyjną – adres do korespondencji: |
| Pocztą elektroniczną – adres poczty elektronicznej: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sposób przygotowania informacji  (nie dotyczy komunikacji elektronicznej) | Kopia na papierze | Nośnik CD/DVD | Inny nośnik – jaki: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Forma przekazania informacji | Tekst | Obraz/grafika | Dźwięk | Audiowizualna |

|  |  |
| --- | --- |
| Format danych w postaci elektronicznej  (przekażemy informację w formacie źródłowym, jeśli nie zostanie wskazany format) |  |

**Miejscowość i data**

**Podpis wnioskodawcy/pełnomocnika**