

---

(pareiškėjo vardas ir pavardė, juridinio asmens pavadinimas)

---

(asmens kodas, jei pareiškėjas prašo privačios informacijos)

---

(pareiškėjo gyvenamoji vieta / buveinės adresas, duomenys ryšiui palaikyti)

---

(atstovavimą liudijantis dokumentas, jei kreipiasi pareiškėjo atstovas)

Laisvės atėmimo vietų ligoninės  
Direktoriui  
Lukiškių skg. 6  
LT – 01108 Vilnius

**PRAŠYMAS  
SUTEIKTI INFORMACIJĄ**

20\_\_ m. \_\_\_\_\_ d.

Prašau suteikti \_\_\_\_\_

(nurodyti pageidaujamą gauti informaciją ar dokumentą)

---

---

---

---

---

**PRIDEDAMA:**

1. Notaro ar kita Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka patvirtinta pareiškėjo asmens tapatybę patvirtinančio dokumento kopija (jei prašoma privačios informacijos apie pareiškėją ir prašymas siunčiamas paštu ar per pasiuntinį).

2. Atstovavimą liudijantis dokumentas ir atstovo asmens tapatybę patvirtinantis dokumentas ar Lietuvos Respublikos teisės aktų nustatyta tvarka kitaip patvirtina asmens tapatybę (jei kreipiasi pareiškėjo atstovas ir prašymas siunčiamas paštu ar per pasiuntinį).

3. Kiti dokumentai ar jų kopijos (jei reikalinga).

---

(parašas)

---

(vardas ir pavardė)