



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE MBROJTJES SOCIALE
SPITALI RAJONAL LEZHË

KËRKESE PËR INFORMACION
SEKTORI I STATISTIKËS

Emër Mbiemër: Z./Znj. _____	Adresa postare: _____ Adresa elektronike: _____ Nr. Tel: _____	Data: __ / __ / 20__ Nënshkrimi:
---------------------------------------	---	---

(dërgimi i kërkesës elektronisht kërkon emër, mbiemër, nënshkrim dhe dokument identifikimi të skanuar)

Përshkrim i detajuar i informacionit të kërkuar

Të tjera të dhëna

Forma që kërkohet informacioni / dokumentacioni:

1. Vertetim Mjekësor _____
2. Kopje dublikate _____

Vetëm për përdorim zyrtar	
Data e marrjes: __ / __ / 202__	Numri rendor i kërkesës:

Informacioni në këtë format dhe të dhënat e ID do të përpunohen në përputhje me ligjin nr. 9887, date 10/03/2008 “Për Mbrojtjen e të Dhënave Personale”.