**运城市城市管理局信息公开申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人信息 | 公民 | 姓 名 |  | | 工作单位 |  | |
| 证件名称 |  | | 证件号码 |  | |
| 通信地址 |  | | | | |
| 邮政编码 |  | | 联系电话 |  | |
| 电子信箱 |  | | 传  真 |  | |
| 法人或其他组织 | 机构名称 |  | | 组织机构代码 | |  |
| 营业执  照信息 |  | | | | |
| 法人代表 |  | | 联系人姓名 | |  |
| 法人电话 |  | | 联系人电话 | |  |
| 联系地址 |  | | | | |
| 邮政编码 |  | | 传   真 | |  |
| 联系人电子邮箱 | |  | | | |
| 申请人签  名或盖章 | |  | | | | |
| 申请时间 | | 年   月   日 | | | | |
| 所需信息情况 | 所需信息的  内容描述 | |  | | | | |
| 是否申请减免费用  □申请 请提供相关证明  □不申请 | | 所需信息的指定提供方式（可多选）  □纸面  □电子邮件  □光盘  □磁盘 | | 获取信息的方式（可多选）  □邮寄  □快递  □电子邮件  □传真  □自行领取 | | |
| □若本机关无法提供指定方式提供所需信息，也可接受其他方式 | | | | | | |
| 选填部分 | | | | | | |
| 所需信息  编号 | |  | | 所需信息  的用途 | |  |