

ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva:

_____ (ime i prezime, tvrtka odnosno naziv)

_____ (adresa)

_____ (telefon, e-mail)

**ZAVOD ZA HITNU MEDICINU
KRAPINSKO-ZAGORSKE ŽUPANIJE**
49000 KRAPINA, Dr. M. Crkvenca 1

PREDMET: Zahtjev za pristup informacijama

Podaci koji su važni za prepoznavanje informacije:

Način na koji želim pristupiti informaciji (zaokružite):

- 1) Neposredno pružanje informacije
- 2) Uvid u dokumente i pravljenje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju
- 3) Dostavljanje preslika dokumenta koji sadrži traženu informaciju
- 4) Na drugi način: _____

U _____, dana _____ godine.

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

Napomena: Zavod za hitnu medicinu KZŽ ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije

*Obrazac broj 1 – Obrazac zahtjeva za pristup informaciji