



POLIKLINIKA ZA BOLESTI DIŠNOG SUSTAVA

ZAGREB, Prilaz baruna Filipovića 11

ravnateljstvo tel / fax : 3776 043

centrala tel: 3776 044 3705 063 3705 064

E-mail: polipulmo@zg.t-com.hr

www.plucna.hr

ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva:

(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

(adresa odnosno sjedište)

(telefon; e-mail)

PREDMET: *Zahtjev za pristup informacijama*

Podaci koji su važni za prepoznavanje informacije:

Način na koji želim pristupiti informaciji:

(zaokružite:)

1. neposredno pružanje informacije
2. davanje informacije pisanim putem
3. uvid u dokumente i pravljenje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,
4. dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,
5. na drugi način

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

U _____, dana _____ 20__ godine

Napomena: Tijelo javne vlasti ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije

Obrazac broj 2 – Obrazac zahtjeva za pristup informaciji