

ZAHTJEV ZA DOPUNU ILI ISPRAVAK INFORMACIJE

Podnositelj zahtjeva:

(ime i prezime fizi ke osobe, naziv pravne osobe, tvrtka)

(adresa, odnosno sjedište)

(e-mail adresa)

(telefon , faks)

**DOM ZDRAVLJA
VARAŽDINSKE ŽUPANIJE
Kolodvorska 20
42000 Varaždin**

Informacija koja se traži

Dana _____ podnio/la sam zahtjev za pristup informaciji gore navedenom tijelu javne vlasti sukladno lanku 18. stavku 1. Zakona o pravu na pristup informacijama (NN 25/13) kojim sam zatražio/la dostavu informacije (*navesti koja je informacija zatražena*):

Budu i da sam dana _____ zaprimio/la informaciju koja nije ona koju sam zatražio/la ili je nepotpuna (*zaokružiti*), molim da mi se sukladno odredbi lanka 24. stavka 1. i 2. Zakona o pravu na pristup informacijama dostavi dopuna odnosno ispravak sljede ih informacija:

Na in na koji želim pristupiti informaciji (potrebno zaokružiti):

1. neposredno pružanje informacija,
2. pristup informaciji pisanim putem

3. uvid u dokumente i pravljenje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,
4. dostavljanje preslike dokumenata koji sadrži traženu informaciju
5. na drugi prikladan na in (elektronskim putem ili drugo)

U _____ dana _____ godine

(vlastoru ni potpis)

Napomena:

* Dom zdravlja Varaždinske županije ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi sa pružanjem i dostavom tražene informacije.