

## **ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

### **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**

### **PREDMET: ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(opis tražene informacije)

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.