

## ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

### Podnositelj zahtjeva:

\_\_\_\_\_

(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

\_\_\_\_\_

(adresa odnosno sjedište)

\_\_\_\_\_

(telefon; e-mail)

OPĆA BOLNICA ŠIBENSKO KNINSKE ŽUPANIJE

-----

(naziv tijela javne vlasti)

STJEPANA RADIĆA 83, 22000 ŠIBENIK

-----

(sjedište tijela javne vlasti)

### **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 dokumenata koji sadrži traženu informaciju,
4. na drugi način

\_\_\_\_\_

(vlastoručni potpis podnosioca zahtjeva)

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_20\_\_\_ godine

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