

## ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

### Podnositelj zahtjeva:

\_\_\_\_\_

(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

\_\_\_\_\_

(adresa odnosno sjedište)

\_\_\_\_\_

(telefon; e-mail)

OPĆA ŽUPANIJSKA BOLNICA POŽEGA  
Osječka 107, 34000 POŽEGA

### **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 podnositelja zahtjeva)

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_ 20\_\_ godine

***Napomena:*** Opća županijska bolnica Požega 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*