

## ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

**Podnositelj zahtjeva:**

---

(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

---

(adresa odnosno sjedište)

---

(telefon; fax; e-mail)

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

**Vaš zahtjev pošaljite poštom na:**

Opća bolnica Zabok  
Službenik za informiranje  
Bračak 8  
49210 Zabok

**telefaxom:**  
049/204-019

**e-mailom:**  
neven.miskulin@bolnica-zabok.hr