
ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJI

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:

PODATCI O PODNOŠITELJU ZAHTJEVA	
Ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv	
Adresa, odnosno sjedište	
Telefon/mobitel:	
E-mail:	

PREDMET: *Zahtjev za pristup informaciji*

Naziv i/ili opis za prepoznavanje informacije:

Razlog i svrha ponovne uporabe informacije:

(Svrha uporabe informacije: komercijalna svrha ili nekomercijalna svrha)

Petra Preradovića 4, 43000 Bjelovar
OIB: 97183266682
Tel. 043/241-907; 043/220-484; Fax. 043/241-406
E-mail: ljekarna.bjelovar@gmail.com; kontakt@ljekarna-bjelovar.hr
Web stranica: <http://www.ljekarna-bjelovar.hr>



Način na koji želim pristupiti informaciji: :

(zaokružite)

1. Neposredan uvid (u prostorijama ZU Ljekarne Bjelovar) bez izrade preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju
2. Neposredan uvid (u prostorijama ZU Ljekarne Bjelovar) sa izradom preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju
3. Dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju na kućnu adresu
4. Drugi način: _____

U _____, dana _____ 20____ godine

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

***Napomena:** ZU Ljekarna Bjelovar ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije.*

Petra Preradovića 4, 43000 Bjelovar
OIB: 97183266682
Tel. 043/241-907; 043/220-484; Fax. 043/241-406
E-mail: ljekarna.bjelovar@gmail.com; kontakt@ljekarna-bjelovar.hr
Web stranica: <http://www.ljekarna-bjelovar.hr>

UNICERT
ISO 9001

