

**PODNOŠITELJ ZAHTJEVA:**

\_\_\_\_\_

Ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv

\_\_\_\_\_

Adresa, sjedište

\_\_\_\_\_

Telefon/E-mail

**ZAVOD ZA HITNU MEDICINU  
PRIMORSKO-GORANSKE ŽUPANIJE**  
Rijeka, Franje Čandeka 6/A

**ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

Podaci koji su važni za prepoznavanje informacije:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Način pristupa informaciji (označiti):

1. neposredno davanje informacije
2. davanje informacije pisanim putem
3. uvidom u dokumente i izradom preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju
4. dostavljanje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju
5. na drugi način prikladan za ostvarivanje prava na pristup informaciji

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
potpis podnosioca zahtjeva:

Napomena:

Tijelo javne vlasti ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnosioca zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije. Zahtjev za pristup informacijama može se poslati poštom na gornju adresu ili na e-mail: zamjenik@zzhm-pgz.hr