

## ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva (ime i prezime / naziv): \_\_\_\_\_

Adresa/sjedište: \_\_\_\_\_

Telefon; e-pošta: \_\_\_\_\_

Ljekarna Varaždinske županije  
Varaždin, Kolodvorska 18

Informacija koja se traži:

---

---

---

---

---

---

Način pristupa informaciji (zaokružite):

1. neposredan pristup informaciji,
2. pristup informaciji pisanim putem,
3. uvid u dokumente i izrada preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,
4. na drugi prikladan način (elektronskim putem ili drugo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(vlastoručan potpis podnositelja zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(mjesto i datum)

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

*Obrazac broj 2 – Zahtjev za pristup informacijama*