

## ZAHTJEV ZA PONOVNU UPORABU INFORMACIJA

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

Adresa/sjedište: \_\_\_\_\_

Telefon; e-pošta: \_\_\_\_\_

Ljekarna Varaždinske županije  
Varaždin, Kolodvorska 18

Informacija koja se želi ponovno upotrijebiti:

---

---

---

---

---

---

Način primanja tražene informacije (zaokružite):

1. u elektronskom obliku \_\_\_\_\_
2. na drugi prikladan način \_\_\_\_\_

Svrha u koju se želi ponovno upotrijebiti informacije (zaokružite):

1. komercijalna
2. nekomercijalna

\_\_\_\_\_  
(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.*