

**POLIKLINIKA ZA PREVENCIJU KARDIOVASKULARNIH  
BOLESTI I REHABILITACIJU**  
10000 Zagreb, Draškovićeve 13

**ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

**Podnositelj zahtjeva:**

Prezime i ime /tvrtka/ naziv: \_\_\_\_\_

Adresa /sjedište: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**PREDMET: Zahtjev za pristup informacijama**

Podaci važni za prepoznavanje informacije:

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

Način na koji želim pristupiti informaciji: (zaokružiti:)

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 \_\_\_\_\_ 200\_\_ godine

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