ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva:

_____
(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

_____
(adresa odnosno sjedište)

_____
(telefon; e-mail)

MEDICINSKA ŠKOLA OSIJEK
Vukovarska 209, Osijek

PREDMET: ***Zahtjev za pristup informaciji***

Podaci koji su važni za prepoznavanje informacije:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Način na koji želim pristupiti informaciji:
(zaokružite:)

1. neposredno pružanje informacije
2. dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,
3. na drugi način

_____
(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

U Osijeku, dana _____20___ godine