

\_\_\_\_\_  
(ime i prezime podnosioca zahtjeva)

\_\_\_\_\_  
(adresa)

\_\_\_\_\_  
(kontakt telefon/ fax/ e-mail)

Datum, \_\_\_\_\_

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO HNK/Ž  
Maršala Tita br. 53,  
88000 Mostar

**PREDMET: Zahtjev za pristup informacijama**

Na osnovu Zakona o slobodi pristupa informacijama u Federaciji Bosne i Hercegovine tražim da mi omogućite pristup sljedećim informacijama:

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

*(navesti tačno koju informaciju tražite i opisati je što je moguće preciznije)*

Zaokružite način na koji želite da pristupite informacijama:

- a) neposredan uvid
- b) umnožavanje informacije
- c) slanje informacije na kućnu adresu

Privitak:

PODNOŠITELJ ZAHTJEVA

\_\_\_\_\_