

**Obrazac broj 2  
ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA**

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

**Adresa/sjedište:** \_\_\_\_\_

**Telefon i/ili e-pošta:** \_\_\_\_\_

**Informacija koja se traži:**

---

---

---

---

---

**Način pristupa informaciji:  
(zaokružiti)**

1. **Neposredan pristup informaciji**
2. **Pristup informaciji pisanim putem**
3. **Uvid u dokumente i izrada preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju**
4. **Dostavljanje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju**
5. **Drugi prikladan način (elektronskim putem ili drugo)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)**

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

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

**Pravo na žalbu**

*Ukoliko tijelo javne vlasti ne riješi zahtjev u roku od 15 dana, odnosno u zakonskim slučajevima produženja roka za rješavanja zahtjeva za dodatnih 15 dana, o kojem produženju je pravovremeno obavijestilo podnositelja, podnositelj zahtjeva ima pravo izjaviti žalbu Povjereniku za informiranje.*

*Podnositelj zahtjeva ima pravo izjaviti žalbu Povjereniku za informiranje ukoliko je nezadovoljan donesenim rješenjem tijela javne vlasti.*