Prilog 2.

#  ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

**Podnositelj zahtjeva:**

Ime i prezime/naziv tvrtke

Adresa/sjedište tvrtke

Tel/fax/e-mail

**Naziv tijela javne ovlasti: HRVATSKA KOMORA DENTALNE MEDICINE**

# PREDMET: Zahtjev za pristup informacijama

Podaci koji su važni za informaciju:

Način na koji želim pristupiti informaciji:

1. neposredno pružanje informacije,
2. uvid u dokumente i izrada preslike dokumenata koji sadrže traženu informaciju,
3. dostavljanje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju, 4. na drugi način.

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ godine

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

 (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)