



ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ISTARSKE ŽUPANIJE
ISTITUTO DI SANITÀ PUBBLICA DELLA REGIONE ISTRIANA
www.zzjiz.hr

Tel. +385 52 529 000 Fax +385 52 222 151

ZAHTJEV ZA PONOVNU UPORABU INFORMACIJA

Podnositelj zahtjeva (ime i prezime / naziv, adresa / sjedište, telefon i/ili e-pošta)

Naziv tijela javne vlasti / sjedište i adresa

Informacija koja se želi ponovno upotrijebiti

--

Način primanja tražene informacije (označiti)

- u elektronskom obliku _____
- na drugi prikladan način _____

Svrha u koju se želi ponovno upotrijebiti informacija (označiti)

- komercijalna
- nekomercijalna

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

(mjesto i datum)

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