

**ZAHTJEV ZA DOPUNU ILI ISPRAVAK INFORMACIJE**

|  |
| --- |
| **Podnositelj zahtjeva (ime i prezime / naziv, adresa / sjedište, telefon i/ili e-pošta)** |
|  |
|  |  |  |  |
| **Naziv tijela javne vlasti / sjedište i adresa**  |
| ZDRAVSTVENA USTANOVA LJEKARNA ŠIBENIKSTJEPANA RADIĆA 56 A, 22 000 ŠIBENIKN/R SLUŽBENIK ZA INFORMIRANJE |

|  |
| --- |
| **Informacija koja se traži**  |
| Dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ podnio/la sam zahtjev za pristup informaciji gore navedenom tijelu javne vlasti sukladno članku 18. stavku 1. Zakona o pravu na pristup informacijama (NN 25/13, 85/15 i 69/22) kojim sam zatražio/la dostavu informacije *(navesti koja je informacija zatražena):*Budući da sam dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zaprimio/la informaciju koja nije ona koju sam zatražio/la ili je nepotpuna *(zaokružiti)*, molim da mi se sukladno odredbi članka 24. stavka 1. i 2. Zakona o pravu na pristup informacijama dostavi dopuna odnosno ispravak sljedećih informacija: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |  |

|  |
| --- |
| **Način pristupa informaciji** *(označiti)* |
| * neposredan pristup informaciji,
* pristup informaciji pisanim putem
* uvid u dokumente i izrada preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,
* dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,
* na drugi prikladan način (elektronskim putem ili drugo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

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

 (mjesto i datum)