

ZAVOD ZA HITNU MEDICINU
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKE ŽUPANIJE
Trg Dr. Tomislava Bardeka 10
48 000 KOPRIVNICA

ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva:

Ime i prezime, tvrtka odnosno naziv :

Adresa i sjedište podnosioca:

Telefon i e-mail: _____

PREDMET:
Zahtjev za pristup informaciji

Navedite podatke važne za informaciju:

U Koprivnici, _____

Potpis: _____