

\_\_\_\_\_

(Ime i prezime/naziv pravnog lica/zakonskog zastupnika/lica ovlaštenog za podnošenje zahtjeva)

\_\_\_\_\_

(Adresa prebivališta/boravišta/adresa i sjedište pravnog lica)

\_\_\_\_\_

(Broj telefona)

**ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA  
BOSANSKO-PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE**

**Predmet:** Zahtjev za pristup informaciji, dostavlja se.-

Tražim da mi se u skladu sa članom 14. stav 2. Zakona o slobodi pristupa informacijama Federacije Bosne i Hercegovine („Službene novine FBiH“, broj: 32/01 i 48/11) odobri pristup informaciji i to:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Navesti dovoljno podataka o prirodi i/ili sadržaju informacije, kao i obrazloženje zbog čega se informacija traži)

Zaokružite način na koji želite pristupiti informaciji

- a) neposredni uvid
- b) umnožavanje informacije
- c) slanje informacije na adresu

Datum, \_\_\_\_\_ godine

Podnosilac zahtjeva

\_\_\_\_\_  
(potpis)