**ZAHTJEV ZA DOPUNU ILI ISPRAVAK INFORMACIJE**

Podnositelj zahtjeva:

|  |
| --- |
|  |
| (ime i prezime / naziv) |
| (adresa / sjedište) |

(telefon i/ili e-pošta)

GKP ČAKOM d.o.o.

Mihovljanska 10, Mihovljan

40000 Čakovec

OIB: 14001865632

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) 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 slijedećih informacija:

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

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

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

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

Način pristupa informaciji (označiti - zaokružiti redni broj):

1) neposredan pristup informaciji,

2) pristup informaciji pisanim putem,

3) uvid u dokumente i izrada preslika dokumenta koji sadrže traženu informaciju,

4) dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,

5) na drugi prikladana način (elektronskim putem ili drugo)

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

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

(mjesto i datum)