

## 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			
<b>Dom zdravlja Knin, Kneza Ivaniša Nelipića 1, 22300 Knin</b>			
Informacija koja se želi ponovno upotrijebiti			
Način primanja tražene informacije ( <i>označiti</i> )			
<input type="checkbox"/> u elektronskom obliku _____			
<input type="checkbox"/> na drugi prikladan način _____			
Svrha u koju se želi ponovno upotrijebiti informacije ( <i>označiti</i> )			
<input type="checkbox"/> komercijalna			
<input type="checkbox"/> nekomercijalna			

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

\_\_\_\_\_  
(mjesto i datum)