



**Ime i prezime/naziv podnosioca**

zahtjeva: \_\_\_\_\_

**Adresa/sjedište i telefon podnosioca**

zahtjeva: \_\_\_\_\_

**Agencija za kvalitet i akreditaciju u zdravstvu u FBiH**  
71000 Sarajevo, Mustafe Pintola br. 1, fax: 771 880, tel. 033 771 871  
n/r službenika za informiranje Melke Mercvajler, 033 771 877

**Predmet: Zahtjev za pristup informaciji**

U skladu sa Zakonom o slobodi pristupa informacijama , tražim pristup slijedećim

informacijama: \_\_\_\_\_

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

*(Navesti precizno koje se informacije traže i opisati ih sa što je moguće više detalja)*

Molim vas da mi pristup traženoj informaciji omogućite na način pod \_\_\_\_.

*(Navesti redni broj ponuđenog načina na koji želite pristup informacijama)*

1. neposredan uvid
2. umnožavanje informacije
3. slanje informacije na kućnu adresu
4. slanje informacije elektronskom poštom

*(Ukoliko je traženi način pristupa informaciji pod 2. ili pod 3.)*

Molim vas da mi traženu informaciju dostavite u \_\_\_\_\_ kopija, ukoliko su besplatne ili troškovi njihovog umnožavanja ne prelaze \_\_\_\_\_ KM, koliko sam spreman platiti.

U slučaju da kopiranje iziskuje veće troškove, molim da me o tome obavijestite prije nego moj zahtjev uzmete u razmatranje.

Molim da mi odgovor dostavite u skladu sa Zakonom.

*(Potpis podnosioca zahtjeva/  
potpis i pečat ovlaštenog lica)*

Dana: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . godine.

\_\_\_\_\_

- Prilog podnosioca zahtjeva (opcionarno):