
(ime in priimek ali naziv pravne osebe)

(naslov)

(telefonska številka)

ZDRAVSTVENI DOM DR. FRANCA AMBROŽIČA POSTOJNA
Prečna ulica 2
6230 Postojna

**ZAHTEVA
ZA DOSTOP DO INFORMACIJ JAVNEGA ZNAČAJA**

Podpisan-a _____ prosim za dostop do naslednjih
informacij javnega značaja:

Z vsebino navedene informacije se želim seznaniti:

- z vpogledom
- s prepisom
- s fotokopijo
- z elektronskim zapisom
- ostalo (navedite): _____

(podpis vlagatelja)

Datum: _____