1. **Подносилац захтјева**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме: |       |
| Правно лице:\* |       |
| Адреса: |       |
| Телефон: |       |
| Адреса ел. поште: |       |

*\* Поље 1.2. се попуњава само ако је подносилац захтјева правно лице*

1. **Надлежни јавни орган**

**Јавна установа Агенција за сертификацију, акредитацију и унапређење квалитета здравствене заштите Републике Српске**

Владике Платона бб, 78000 Бања Лука

Тел.: +387 51 348 348;

Факс.: +387 51 348 346

E-mail: office@askva.org;

Web: www.askva.org

1. **Опис информација које се траже и начин на који се тражи приступ информацијама**

|  |
| --- |
|       |

Мјесто и датум Потпис подносиоца захтјева

     ,

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