ZAHTJEV ZA PRISTUP INFORMACIJAMA

Podnositelj zahtjeva:

(ime i prezime, tvrtka, odnosno naziv)

(adresa odnosno sjedište)

(telefon; e-mail)

HALMED / Agencija za lijekove i medicinske proizvode

(naziv tijela javne vlasti)

Ksaverska cesta 4  
10 000 Zagreb  
Lokacija - [mapa grada](http://goo.gl/maps/gFk5d)

Telefon: +385 1 4884 100 (centrala)  
Faks: +385 1 4884 110  
E-pošta: [halmed@halmed.hr](mailto:halmed@halmed.hr)

OIB: 37926884937

(sjedište tijela javne vlasti)

PREDMET: *Zahtjev za pristup informacijama*

Podaci koji su važni za prepoznavanje informacije:

Slijedom uputa u dokumentu “Uputa o lijeku: Informacije za korisnika Comirnaty koncentrat za disperziju za injekciju cjepivo protiv COVID-19 (mRNA, modificiranih nukleozida) “, tražim da mi se dostavi dokument spomenut na stranici br. 3, paragraf “ Prijavljivanje nuspojava”.

U tom paragrafu piše, citiram:

“Nuspojave možete prijaviti izravno putem nacionalnog sustava za prijavu nuspojava: navedenog u Dodatku V i navedite broj serije/Lot ako je dostupan. “ - pri čemu je navedeni “Dodatak V” na engleskom jeziku.

**Tražim da mi se “Dodatak V” dostavi na hrvatskom jeziku.**

Način na koji želim pristupiti informaciji:

(zaokružite:)

1) neposredno pružanje informacije,

2) uvid u dokumente i pravljenje preslika dokumenata koji sadrže traženu informaciju,

3) dostavljanje preslika dokumenata koji sadrži traženu informaciju,

4) na drugi način - tražim da mi se dokument dostavi putem elektroničke pošte, na adresu sa koje ste dobili ovaj zahtjev i to u roku od 15 dana od primitka zahtjeva

(vlastoručni potpis podnositelja zahtjeva)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_2022. godine

*Napomena: Tijelo javne vlasti ima pravo na naknadu stvarnih materijalnih troškova od podnositelja zahtjeva u svezi s pružanjem i dostavom tražene informacije*

*Obrazac broj 2 – Obrazac zahtjeva za pristup informaciji*