

Broj zahtjeva: \_\_\_\_\_  
(ispunjava ustanova)

**ZAHTJEV ZA ODREĐIVANJE ZDRAVSTVENO ZNAČAJNE VRSTE KUKACA  
ili vrste drugog životinjskog organizma**

Ime i prezime podnositelja zahtjeva:

\_\_\_\_\_

Telefon podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_

Adresa na kojoj je uzet uzorak: \_\_\_\_\_

Prostor u kojem je uzet uzorak: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Napomene: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rezultat određivanja želite primiti:

a) telefonski

b) pismenim putem poštom

c) e-mail poštom na e-mail adresu: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Potpis podnositelja zahtjeva: \_\_\_\_\_