

**ZAHTJEV**  
ZA DODJELU PRISTUPNIH ŠIFRI

Naziv špedicije	
Ime i prezime odgovorne osobe	
Adresa	
Broj telefona	
Broj Fax-a	
e-mail adresa	
Granični prelaz za koje se traži pristupna šifra	

M.P.

\_\_\_\_\_  
Potpis odgovorne osobe

\* U prilogu dostaviti ovjerenu (ovjera ne starija od tri mjeseca) kopiju rješenja o registraciji za obavljanje djelatnosti i peti primjerak uplatnice za plaćanje takse za izradu Rješenja.

