

	PRAVA PACIJENATA	Oznaka dokumenta:
	OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE/PRIGOVORA PACIJENATA	

Datum događaja:	Vrijeme događaja:
-----------------	-------------------

Mjesto događaja:

Ime i prezime podnositelja pritužbe/prigovora:
--

Ime i prezime pacijenta:

Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj) podnositelja pritužbe/prigovora i kontakt telefon:

Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj:

Sadržaj pritužbe/prigovora (opišite na što se žalite, uključujući vrijeme, datum, mjesto i uključene osobe):

NAPOMENA:

U potpunosti ispunjen i potpisan obrazac dostavlja se u Ravnateljstvo osobno, poštom ili faksom. Kontakt podaci se nalaze na internet stranicama Zavoda za javno zdravstvo Brodsko-posavske županije.

Službeni pisani odgovor na pritužbu/prigovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u roku od 8 dana.

Datum podnošenja pritužbe/prigovora:

Potpis podnositelja pritužbe/prigovora:

Datum i vrijeme zaprimanja: