|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime podnositelja pohvala: |  |
| Ime i prezime pacijenta: |  |
| Datum i mjesto rođenja pacijenta: |  |
| Adresa i kontakt telefon podnositelja pohvala: |  |
| Datum, vrijeme i mjesto događaja: |  |
| Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj: |  |
| Sadržaj pohvala: |
| Potpis podnositelja pohvala: |  |
| Datum i mjesto: |  |
| Potpis podnositelja pohvala: |  |
| Datum i mjesto: |  |

**OBRAZAC ZA POHVALE**