**OBRAZAC ZA PRITUŽBE**

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

**Napomena**: Osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac, dobiti će u roku od 8 dana službeni pisani odgovor na pritužbu od strane ravnatelja bolnice. Ako se pritužba ne riješi u navedenom roku bit ćete obaviješteni o daljnjem postupku.