

**Prijava prigovora/pritužbi pacijenata****OB-70/2**

| | |
|---|---|
| Ime i prezime podnositelja žalbe/prigovora: | Adresa i kontakt telefon (mobitel), mail adresa podnositelja žalbe/prigovora: |
| Ime i prezime pacijenta: | Datum, vrijeme i mjesto događaja: |

| |
|---|
| Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj: |
| Jeste li se već nekome usmeno obratili u ustanovi u vezi pritužbe i kome: |

| |
|--|
| Sadržaj žalbe/prigovora (uključujući datum događaja, vrijeme, mjesto i uključene osobe): |
|--|

Napomena: Ispunjeni obrazac pritužba/prigovor može se predati administratoru na prijemnom šalteru u Poliklinici ili poslati faks-om na 01 45 94 704 te mail-om na adresu poliklinika.medikal@medikal.hr
Službeni pisani odgovor na pritužbu/prigovor najkasnije u roku od 14 dana dobiti će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac.

Zahvaljujemo na razumijevanju!

Potpis podnositelja i datum podnošenja prijave: _____

Datum i vrijeme prijema prijave: _____