



Poliklinika Medikal

**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](mailto: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: \_\_\_\_\_