

Klinika za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"
OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE BOLESNIKA

Red. br. (ostaviti prazno): _____

Ime i prezime podnositelja pritužbe: _____ _____ _____	Adresa i kontakt telefon (mobitel) podnositelja pritužbe: _____ _____ _____
Ime i prezime bolesnika (ukoliko se razlikuje od podnositelja pritužbe): _____ _____	Datum i mjesto događaja: _____
Ime i prezime djelatnika Klinike koji su uključeni u događaj: _____ _____	
Sadržaj pritužbe (uključujući datum događaja, vrijeme, mjesto i uključene osobe): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
<p>Napomena: Ispunjeni obrazac možete ubaciti u označeni sandučić koji se nalazi u Centralnoj prijamoj ambulanti Klinike, poslati poštom na adresu Klinike ili e-mailom na ravnateljstvo@bfm.hr Službeni pismeni odgovor na pritužbu u roku od 14 dana dobit će podnositelji pritužbe koji u potpunosti ispune obrazac. Unaprijed hvala!</p>	
Potpis podnositelja pritužbe: _____	Mjesto i datum: _____