

# OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE BOLESNIKA

KLINIKA  
ZA INFEKTIVNE  
BOLESTI



UNIVERSITY  
HOSPITAL FOR  
INFECTIOUS DISEASES

ZAGREB, Mirogojska c. 8, Hrvatska / Croatia "DR. FRAN MIHALJEVIĆ" od since 1893 ZAGREB, Mirogojska c. 8, Hrvatska / Croatia  
t.: (01) 2826222, f.: (01) 4678235 bfm@bfm.hr www.bfm.hr t.: +385 1 2826222, f.: +385 1 4678235 bfm@bfm.hr www.bfm.hr

Red. br. (ostaviti prazno): \_\_\_\_\_

Ime i prezime podnositelja pritužbe: <hr/> <hr/> <hr/>	Adresa i kontakt telefon (mobitel) podnositelja pritužbe: <hr/> <hr/> <hr/>
Ime i prezime bolesnika (ukoliko se razlikuje od podnositelja pritužbe): <hr/>	Datum i mjesto događaja: <hr/>
Ime i prezime djelatnika Klinike koji su uključeni u događaj: <hr/> <hr/>	
Sadržaj pritužbe (uključujući datum događaja, vrijeme, mjesto i uključene osobe): <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
<p><b>Napomena:</b> Ispunjeni obrazac možete ubaciti u označeni sandučić koji se nalazi u Centralnoj prijamnoj ambulanti Klinike, poslati poštom na adresu Klinike ili e-mailom na <b>ravnateljstvo@bfm.hr</b> 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: