

DOM ZDRAVLJA VUKOVAR Sajmište 1. tel/fax; 032 413 391/413 393 www.dzvukovar.hr	PRAVA PACIJENATA	Urudžbeni broj:
	PRIJAVA PRITUŽBE	Vrijedi od: 10.02.2015.

(Dokument usvojilo stručno vijeće Doma zdravlja Vukovar)

Pritužbu podnosi: <input type="checkbox"/> pacijent osobno <input type="checkbox"/> srodnik: _____ <input type="checkbox"/> skrbnik /zakonski zastupnik Ime i prezime podnositelja pritužbe*: <small>*obavezan podatak</small>
Podaci za daljnji kontakt s podnositeljem pritužbe: Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj): Telefon/mobilni telefon:
Ime i prezime pacijenta:
Datum, vrijeme i mjesto događaja:

Kome ste se prethodno obratili:
Kakav ste odgovor dobili:

Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj:

OKRENI

Opis događaja:

DATUM podnošenja pritužbe:

Datum i vrijeme zaprimanja:

POTPIS podnosioca pritužbe:

Pritužba se predaje u **Ured ravnatelja Doma zdravlja Vukovar**. Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe.

Zahvaljujemo.