



OPĆA BOLNICA ŠIBENSKO-KNINSKE ŽUPANIJE
STJEPANA RADIĆA 83
22000 ŠIBENIK

PRITUŽBA / PRIGOVOR PACIJENTA

Datum pritužbe:

Mjesto pritužbe:

Predmet pritužbe:

Ime i prezime podnositelja pritužbe/prigovora:

Ime i prezime pacijenta:

Adresa i podaci za kontakt:

Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj:

Sadržaj pritužbe:

NAPOMENA:

Osobe koje su ispunile obrazac prigovora/pritužbe mogu ga ubaciti u sandučić koji se nalazi na šalteru prijema i otpusta pacijenata (prijemna ambulanta). Službeni pisani odgovor na prigovor u roku od 8 dana dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac.

Potpis podnositelja prigovora ili pritužbe:
