

LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE/KANTONA  
Ul.Dr. BARIŠE SMOLJANA br. 4  
88000 MOSTAR

OBRAZAC ZA ŽALBE

Ime i prezime: \_\_\_\_\_  
JMBG: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_  
Br.lične karte: \_\_\_\_\_ Kontakt tel./mob.: \_\_\_\_\_

Ime osobe/osoba na koju se žalba odnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vrijeme događaja: \_\_\_\_\_ Mjesto događaja: \_\_\_\_\_

Kratak opis događaja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Žalba je još upućena ( Molimo zaokružite ):

- Ustanovi u kojoj je zaposleno lice na koje se žalba odnosi
- Ministarstvu zdravstva HNK/Ž i Federalnom ministarstvu zdravstva
- Općinskom sudu

Molim Naslov da mi prihvati,te razmotri podnesenu žalbu.Prilažem raspoloživu dokumentaciju.

U potpisu,

U \_\_\_\_\_  
/ mjesto i datum /

\_\_\_\_\_  
/potpis podnosioca žalbe/