



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

Uz obrazac se prilaže sljedeća dokumentacija :

- opis događaja
- medicinska dokumentacija
- ovjerena kopija/preslik lične/osobne karte

U _____
/ mjesto i datum /

/potpis podnosioca žalbe/