

Obrazac za podnošenje prijave pacijenata

|  |
| --- |
| Podnosilacprijave( prezime i ime, adresa, kontakt telefon, e-mail) |
| Pacijent ( ime, prezime, adresa, brojtelefona) |
| Sadržaj prijave: |
| Datum podnošenjaprijave: Potpis:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Napomena: Osoba koja je ispunilaobrazacprijavemože ga predatinasledećinačin:

• elektronskompoštomnaadresu[domzdravljabar@t-com.me](mailto:domzdravljabar@t-com.me)

• predatiu ordinacijuZaštitnikapravapacijenata.

Pisani odgovornapritužbuposlatiće se podnosiocuprijaveu roku od 8 dana. Ukolikoizopravdanihrazloganijemogućedatiodgovor u zakonskomroku, obavijestitićemo Vas usmenimputem (telefonomiliputem e-mail) u kojemrokućetedobitipisaniodgovor, a najdalje u roku od 30 dana od datumapodnošenjaprijave.