

 <p>Opća bolnica Dr. Josip Benčević Slavonski Brod</p>	<p>PRAVA PACIJENATA PRIJAVA PRITUŽBE PACIJENATA</p>	<p>OZ-PP/4-1 Izdanje 2 Stranica: 2</p>
---	--	--

<p>Ime i prezime pacijenta:</p>	<p>Datum i mjesto događaja:</p>
---------------------------------	---------------------------------

<p>Vaša pritužba odnosi se na:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liječenje ▪ Komunikaciju ▪ Organizaciju rada ▪ Tehničke uvjete ▪ Drugo (upišite što) _____

<p>Sadržaj pritužbe (uključujući datum, vrijeme i uključene osobe)</p>

Napomena: Ispunjeni i potpisani obrazac može se poslati elektronskim putem na e-mail adresu (info@bolnicasb.hr), putem pošte na adresu bolnice Andrije Štampara 42, 35000 Slavonski Brod ili dostaviti osobno u Uredžbeni zapisnik, zgrada Ravnateljstva OB Dr Josip Benčević

Datum:	Potpis podnositelja pritužbe:
--------	-------------------------------

Izjavljujem da dajem svojom slobodnom voljom privolu da se u svrhu postupanja po ovoj pritužbi od strane Opće bolnice „Dr. Josip Benčević“ obrađuju ovdje moji navedeni osobni podatci. Također, upoznat sam sa pravom da povučem svoju privolu na obradu osobnih podataka u svakom trenutku pisanim putem. Razumijem da navedeno mogu tražiti i ishoditi, osim u slučajevima i opsegu koji su predviđeni zakonom odnosno utemeljeni na zakonu. Povlačenje privole ne utječe na zakonitost prethodno učinjene obrade.

U znak potvrde gore navedenog označavam: DA NE

Podatci o podnositelju pritužbe:

Ime i prezime podnositelja pritužbe: _____

Ulica i kućni broj: _____

Mjesto i poštanski broj: _____

Telefonski/mobilni broj: _____

E-mail: _____