



ZAVOD ZA HITNU MEDICINU
SISAČKO MOSLAVAČKE ŽUPANIJE

1. svibnja 20, 44000 Sisak

**OBRAZAC
ZA PRIJAVU PRITUŽBE/POHVALE KORISNIKA USLUGE**

Podnositelj pritužbe (ime i prezime, adresa, kontakt telefon):	Datum prijave:
Adresa nastanka incidenta:	Datum nastanka:
Djelatnici Zavoda koji su uključeni:	
Sadržaj pritužbe:	

Potpis podnositelja pritužbe

Napomena:

Ovaj obrazac može se predati elektroničkom poštom na adresu:

pomocnik.ravnatelja@zhm-smz.hr,

preporučenom pošiljkom na adresu Zavoda ili osobno Upravi Zavoda.

Ukoliko pritužba nije anonimna, pisani odgovor na pritužbu poslat će se, na isti način na koji je zaprimljena, osobi koj je podnositelj pritužbe u roku od osam dana, a ukoliko u tom razdoblju nije moguće dati odgovor, podnositelj pritužbe će se obavijestiti o tijeku postupka te mogućem datumu okončanja razloga kašnjenja.