**OBRAZAC ZA ŽALBU**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME** |  |
| **JMBG** |  |
| **ADRESA** |  |
| **BROJ OSOBNE KARTE** |  |
| **KONTAK TEL./MOB.** |  |

Ime osobe/osoba na koju se žalba odnosi:

|  |
| --- |
|  |

Mjesto događaja:

|  |
| --- |
|  |

Kratak opis događaja:

|  |
| --- |
|  |

Žalba je još upućena (Molimo zaokružite):

▪ Ustanovi u kojoj je zaposleno osoba na koje se žalba odnosi

▪ Ministarstvu zdravstva HNK/Ž

▪ Federalnom ministarstvu zdravstva

▪ Općinskom sudu

Uz obrazac obavezno priložiti kopiju osobne karte.

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 / mjesto i datum / /potpis podnositelja žalbe/