



ZZJZ MEĐIMURSKJE ŽUPANIJE

**PRITUŽBA, POHVALA I PRIJEDLOG KORISNIKA
USLUGA**

Oznaka dokumenta:
Obr. PRITUŽBE-01

Strana/stranica
1/2

Izdanje/revizija
1/0

Pritužbu Pohvalu Prijedlog podnosi:

- a) Pacijent/ korisnik usluge osobno
- b) Srodnik: _____
- c) Skrbnik/ zakonski zastupnik

Ime i prezime podnositelja pritužbe: _____

(obavezan podatak)

Podaci za daljnji kontakt s podnositeljem pritužbe:

Adresa (ulica i broj, mjesto): _____

Telefon/ mobilni telefon: _____

e-mail adresa: _____

Ime i prezime pacijenta:

Datum, vrijeme i mjesto događaja:

Kome ste se prethodno obratili, tj. dali usmeni prigovor:

Kakav ste odgovor dobili:

Ime i prezime djelatnika ZZJZ koji su uključeni u događaj (ako Vam je dostupan podatak):

Napomena:

Obrazac za prijavu pritužbe, ispunjen i potpisan, predaje se djelatniku Zavoda koji ga zaprima uz potpis primitka, kopira, izvornik vraća podnositelju te zadržava kopiju. Ispunjeni obrazac je moguće dostaviti putem pošte na adresu Zavoda: I. G. Kovačića 1e, 40 000 Čakovec ili elektronske pošte na pisarnica@zzjz-ck.hr ili adresu Djelatnosti kojoj je prijava upućena.

Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije se obvezuje pisanim putem odgovoriti na pritužbu u roku od 15 dana od dana zaprimanja cjelovite pritužbe.



ZZJZ MEĐIMURSKE ŽUPANIJE

**PRITUŽBA, POHVALA I PRIJEDLOG KORISNIKA
USLUGA**

Oznaka dokumenta:
Obr. PRITUŽBE-01

Strana/stranica
2/2

Izdanje/revizija
1/0

Sadržaj pritužbe, pohvale ili prijedloga (opišite događaj):

Datum podnošenja pritužbe:

Potpis podnositelja pritužbe*:

*Potvrđujem da sam upoznat/a s postupkom podnošenja i obrade pritužbe, Informacijama o zaštiti osobnih podataka i da sam suglasan/a da se u svrhu postupanja po ovoj pritužbi od strane Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije obrađuju moji, ovdje navedeni, osobni podaci.

Ispunjava djelatnik Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije

Datum i vrijeme zaprimanja pritužbe	
Ime i prezime djelatnika koji je zaprimio pritužbu	
Potpis djelatnika koji je zaprimio pritužbu	