

**ZU DOM ZDRAVLJA „DR NIKA LABOVIĆ“ BERANE
ZAŠTITNIKU PRAVA PACIJENATA**

Prigovor se odnosi na:

- ☐ kvalitet zdravstvene usluge
- ☐ postupak zdravstvenih radnika
- ☐ način naplaćivanja usluge
- ☐ organizaciju zdravstvene službe
- ☐ vrijeme čekanja na uslugu
- ☐ nedostatak lijekova
- ☐ ostalo

PREDMET PRIGOVORA

(Detaljan opis razloga za podnošenje Prigovora)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

U Beranama,
.....godine.
(datum)

.....
(ime i prezime podnosioca Prigovora)

.....
(adresa prebivališta)

.....
(broj telefona)

.....
(potpis podnosioca)