

Datum događaja:
Vrijeme događaja:
Mjesto događaja:
Ime i prezime podnositelja pritužbe/prigovora:
Ime i prezime pacijenta:
Adresa podnositelja pritužbe/prigovora i kontakt telefon:
Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj:
Sadržaj pritužbe/prigovora (opišite na što se žalite, uključujući vrijeme, datum, mjesto i uključene osobe):
NAPOMENA: U potpunosti ispunjen i potpisan obrazac dostavlja se Pomoćniku za kvalitetu Zavoda za javno zdravstvo Krapinsko-zagorske županije osobno, poštom na adresu I. G. Kovačića 1, 49250 Zlatar ili na e-mail: pisarnica@zzjkzz.hr Službeni pisani odgovor na pritužbu/prigovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u roku od 8 dana.
Datum podnošenja pritužbe/prigovora:
Potpis podnositelja pritužbe/prigovora:
Datum i vrijeme zaprimanja:

Popunjavanjem ovog obrasca podnositelj pritužbe/prigovora daje privolu da se njegovi osobni podaci prikupe i pohrane isključivo u svrhu rješavanja predmetne pritužbe/prigovora te Zavod jamči da je zaštita osobnih podataka podnositelja osigurana u skladu s uvjetima propisanim Uredbom (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te o stavljanju izvan snage Direktive 95/46/EZ (u daljnjem tekstu: Uredba) i Pravilnikom o zaštiti osobnih podataka Zavoda.