

KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR SPLIT  
Spinčićeva 1, 21000 Split

**OBRAZAC PRIJAVE PRITUŽBE**

Ime i prezime podnositelja pritužbe	
Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj)	
Kontakt telefon/mobilni telefon	
Ime i prezime pacijenta	
Sadržaj pritužbe (opis događaja na koji se žalite, datum, vrijeme i mjesto događaja):	

Datum prijave:

Potpis podnositelja pritužbe: