

Ime in priimek pacienta: _____

Prebivališče pacienta: _____

Kontaktne podatke pacienta: telefon: _____; el. pošta: _____

POZIV

Spoštovani,

V zvezi z Vašo zahtevo zaradi kršitve pacientovih pravic, ki smo je prejeli dne _____, Vas obveščamo, da je le-ta nepopolna. V skladu s 4. odst. 60. čl. Zakona o pacientovih pravicah Vas pozivamo, da jo najkasneje do _____ dopolnite z naslednjimi podatki:

Opozorilo: Če zahteve v določenem roku ne dopolnite, se šteje, da ste zahtevo umaknili.

Zdravstveni dom Ormož
Pristojna oseba:
