



KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR
SESTRE MILOSRDNICE
ZAGREB, Vinogradska cesta 29
e-mail: ravnateljstvo@kbcsm.hr; kbcsm@kbcsm.hr
Tel/fax: 01/37 87 401

Urudžbeni broj pritužbe: _____

Datum zaprimanja pritužbe

OBRAZAC - PRIJAVA PRITUŽBE

Pritužba se predaje u prizemlju upravne zgrade u URUDŽBENI ZAPISNIK. Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je u potpunosti ostavila osobne podatke u zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe.

Anonimne pritužbe će se razmotriti ali na njih se iz razumljivih razloga neće odgovoriti.

Ime i prezime podnositelja pritužbe: _____

Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj): _____

OIB ili MBP (matični broj pacijenta) _____

Telefon/mobilni telefon: _____

Datum i vrijeme događaja: _____

Klinika/Zavod gdje se događaj zbija: _____

Osoba na koju se žalite:

Žalite se na: (Liječenje, ponašanje i komunikaciju, higijenu smještaja, dugo čekanje, prehranu, drugo)

Opišite događaj, odnosno na što se žalite:



KLINIČKI BOLNIČKI CENTAR
SESTRE MILOSRDNICE
ZAGREB, Vinogradska cesta 29
e-mail: ravnateljstvo@kbcsm.hr; kbcsm@kbcsm.hr
Tel/fax: 01/37 87 401

Izjavljujem da dajem svojom slobodnom voljom privolu da se u svrhu postupanja po ovoj pritužbi od strane KBC Sestre milosrdnice obrađuju moji ovdje navedeni osobni podaci. Također, upoznat sam s pravom da povučem svoju privolu na obradu osobnih podataka u svakom trenutku pisanim putem. Razumijem da navedeno mogu tražiti i ishoditi, osim u slučajevima i opsegu koji su predviđeni zakonom odnosno utemeljeni na zakonu. Povlačenje privole ne utječe na zakonitost prethodno učinjene obrade.

Razumijem da više informacija o politici zaštite podataka mogu naći na adresi www.kbcsm.hr/zastitapodataka, a upite ili zahtjev za brisanjem mogu podnijeti putem emaila na adresu zastita.podataka@kbcsm.hr, odnosno putem pošte na adresu Službenik za zaštitu podataka, KBC Sestre milosrdnice, Vinogradska cesta, 29, 10000 Zagreb.

U znak potvrde gore navedenog označavam: DA NE

Potpis podnositelja prijave: