



OBRAZAC - PRIJAVA POHVALE

Pohvala se predaje u prizemlju upravne zgrade u URUDŽBENI ZAPISNIK.

Ime i prezime osobe koja pohvaljuje: _____

Kontakt: _____

Datum podnošenja pohvale: _____

Klinika/ zavod/ odjel na koju se pohvala odnosi: _____

Osoba/osobe koju pohvaljujete:

(liječnik/medicinska sestra, pomoćni/administrativni djelatnik, cijeli odjel...)

Pohvala se odnosi na:

(pruženu zdravstvenu skrb, ponašanje djelatnika, komunikaciju, higijenu, smještaj ...)

Opišite doživljaj vlastitim riječima:



Izjavljujem da dajem svojom slobodnom voljom privolu da se u svrhu postupanja po ovoj pohvali od strane KBC Sestre milosrdnice obrađuju moji ovdje navedeni osobni podaci. Također, upoznat sam s pravom da povučem svoju pohvalu 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 pohvale 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 pohvale: