клинички центар Бања Лука CLINICAL CENTER BANJA LUKA	**Klinički centar Banja Luka**	**OB-06-002**
Obrazac za prigovore		

Podaci o podnosiocu predstavke

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Kontakt telefon: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto rođenja: _____

Ordinirajući doktor u Kliničkom centru: _____

Sadržaj predstavke (uključujući datum/datume događaja, vrijeme, mjesto i uključene osobe):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

U prilogu predstavke dostavljam sledeću dokumentaciju:_____

_____

Potpis podnosioca predstavke: _____ Datum: _____