

příspěvková organizace

Sociální péče 799/7a, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem

FORMULÁŘ NA ZASLÁNÍ STÍŽNOSTI

IDENTIFIKACE PODAVATELE	
UPOZORNĚNÍ Dle zákona č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, může stížnost podat pacient, zákonný zástupce pacienta, osoba blízká (v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na jeho zdravotní stav či úmrtí pacienta), nebo osoba zmocněná pacientem (tuto skutečnost je potřeba doložit písemnou plnou mocí pacienta s uvedením rozsahu zmocnění).	
Jméno a příjmení:	
Adresa trvalého bydliště nebo kontaktní adresa / název a sídlo firmy, IČO	
Telefon (nepovinný):	
E-mail:	

VZTAH PODAVATELE KE STÍŽNOSTI (zaškrtněte jednu z uvedených možností)				
Pacient <input type="checkbox"/>	Zákonný zástupce <input type="checkbox"/>	Opatrovník <input type="checkbox"/>	Osoba blízká <input type="checkbox"/>	zmocněný pacientem <input type="checkbox"/>

Datum sepsání stížnosti:	Vyberte datum	Čas sepsání stížnosti:	
Stížnost na událost ze dne:	Vyberte datum	Přibližný čas události:	

TEXT STÍŽNOSTI

 Podpis podavatele