



**KOMORA MEDICINSKIH SESTARA – TEHNIČARA  
HERCEGOVAČKO NERETVANSKE ŽUPANIJE-KANTONA**

Ul. Hrvatskih branitelja b.b. 88000 Mostar

tel: +387 36 335-528, fax: +387 36 335-532, e-mail: kmst.hnzk@gmail.com

**OBRAZAC ZA ŽALBU**

<b>IME I PREZIME</b>	
<b>JMBG</b>	
<b>ADRESA</b>	
<b>BROJ LIČNE/OSOBNE KARTE</b>	
<b>KONTAKT TEL./MOB.</b>	

Ime osobe/osoba na koju se žalba odnosi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mjesto događaja: \_\_\_\_\_

Kratak opis događaja: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Žalba je još upućena ( Molimo zaokružite ):

- Ustanovi u kojoj je zaposleno lice na koje se žalba odnosi
- Ministarstvu zdravstva HNK/Ž i Federalnom ministarstvu zdravstva
- Općinskom sudu

Uz obrazac obavezno priložiti kopiju lične/osobne karte.

U \_\_\_\_\_

/ mjesto i datum /

\_\_\_\_\_

/potpis podnosioca žalbe/