



**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.hnzkg@gmail.com

OBRAZAC ZA ŽALBU

IME I PREZIME	
JMBG	
ADRESA	
BROJ LIČNE/OSOBNJE KARTE	
KONTAKT TEL./MOB.	

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/