

Čj.
(přiděluje sekretariát ředitele nemocnice)

Protokol o stížnosti

(stěžovatel fyzická osoba)

Jméno		Příjmení		Titul
Bydliště				
Tel.:	Mobil:	Fax:	e-mail:	
Předmět stížnosti (v čem spatřuje stěžovatel porušení svých práv nebo právem chráněných zájmů, na jaké konkrétní nedostatky upozorňuje a čeho se stěžovatel domáhá) ¹				
Datum:				
_____			_____	
podpis přejímajícího zaměstnance			podpis stěžovatele ²	

¹ V případě nedostatku místa pokračujte prosím na samostatném listu.

² V případě, že stížnost podává zástupce jménem jiné osoby, předkládá plnou moc.