

OBRAZEC ZA POHVALO/PRITOŽBO

Želim podati: POHVALO
(označite) PRITOŽBO

za (označite):

<input type="checkbox"/>	ZDL Bežigrad
<input type="checkbox"/>	ZDL Center
<input type="checkbox"/>	ZDL Moste-Polje
<input type="checkbox"/>	ZDL Šentvid
<input type="checkbox"/>	ZDL Šiška
<input type="checkbox"/>	ZDL Vič-Rudnik
<input type="checkbox"/>	ZDL SNMP

ki se nanaša na (označite):

<input type="checkbox"/>	Odnos osebja
<input type="checkbox"/>	Strokovnost
<input type="checkbox"/>	Organizacijo dela
<input type="checkbox"/>	Kakovost dela
<input type="checkbox"/>	Izvajanje pravil ZZZS
<input type="checkbox"/>	Drugo _____

Čas, kraj in oseba, na katero se pohvala/pritožba nanaša:

Datum: _____

Ambulanta: _____

Dejavnost: _____

Ura: _____

Zdravstveni delavec: _____

OPIS:

Ime in priimek ter naslov (neobvezno)¹: _____

Datum: _____

¹ V kolikor boste navedli svoje kontaktne podatke, vam bomo na pritožbo odgovorili.