

ГРАДСКОЈ УПРАВИ ГРАДА СОМБОРА  
ОДЕЉЕЊУ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

**ПРИГОВОР**  
Саветнику пацијената

Саветник пацијената: Марија Јерковић

Приговор се односи на:

*(потребно је заокружити редни број испред разлога приговора)*

- |                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| 1. Квалитет здравствене услуге     | 5. Време чекања на услугу |
| 2. Поступак здравственог радника   | 6. Недостатак лекова      |
| 3. Начин наплаћивања услуге        | 7. Остало                 |
| 4. Организацију здравствене службе |                           |

**ПРЕДМЕТ ПРИГОВОРА:**

*(детаљно описати разлоге за подношење приговора)*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(име и презиме подносиоца пријаве)*

*(адреса и контакт телефон)*

\_\_\_\_\_  
*(потпис и датум)*