Zdravstveni dom Ljubljana
Community Health Centre Ljubljana

OBRAZEC ZA POHVALO/PRITOŽBO

Želim podati: (označite)

	POHVALO
	PRITOŽBO

za (označite):

	ZDL Bežigrad
	ZDL Center
	ZDL Moste-Polje
	ZDL Šentvid
	ZDL Šiška
	ZDL Vič-Rudnik
	ZDL SNMP

ki se nanaša na (označite):

	Odnos osebja
	Strokovnost
	Organizacijo dela
	Kakovost dela
	Izvajanje pravil ZZZS
	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.**