



Liječnička/Ljekarska Komora Hercegovačko – neretvanske županije/kantona
Medical Chamber of Herzegovina-Neretva Canton
88000 MOSTAR, Ul.Dr. Bariše Smoljana br. 4
Tel/fax:+387(0)36 319 853
E-mail : lijecnicka.komora.hnz@tel.net.ba

**BOSNA I HERCEGOVINA
FEDERACIJA BOSNE I HERCEGOVINE
LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO – NERETVANSKE
ŽUPANIJE/KANTONA**

**LIJEČNIČKA/LJEKARSKA KOMORA HERCEGOVAČKO-NERETVANSKE ŽUPANIJE/KANTONA
Ul.Dr. BARIŠE SMOLJANA br. 4
88000 MOSTAR**

OBRAZAC ZA ŽALBE

Ime i prezime: _____
JMBG: _____ Adresa: _____
Br.lične karte: _____ Kontakt tel./mob.: _____

Ime osobe/osoba na koju se žalba odnosi: _____

Vrijeme događaja: _____ 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

Molim Naslov da mi prihvati,te razmotri podnesenu žalbu.Prilažem raspoloživu dokumentaciju.

U potpisu,

U _____
/ mjesto i datum /

/potpis podnosioca žalbe/