

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH  
BOARD OF MEDICAL PRACTICE  
(ODBOR ZA LJEKARSKU PRAKSU MINISTARSTVA ZDRAVLJA VERMONTA)

108 Cherry Street, PO Box 70

Burlington, VT 05402-0070

(802) 657-4220

**OBRAZAC ZA PODNOŠENJE ŽALBE**

**Pišite štampanim slovima**

Vaše informacije:

Prezime \_\_\_\_\_ Ime \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Grad, država, poštanski broj \_\_\_\_\_

Poslovni / dnevni telefon \_\_\_\_\_ Mobilni / kućni telefon \_\_\_\_\_

Adresa e-pošte \_\_\_\_\_

Ovo je žalba protiv:

ljekara (MD) \_\_\_\_\_

asistenta ljekara (PA) \_\_\_\_\_

podijatra (DPM) \_\_\_\_\_

Puno ime ljekara, asistenta ljekara ili podijatra:

\_\_\_\_\_

Naziv zdravstvene ustanove (ako je poznat) \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Grad, država, poštanski broj \_\_\_\_\_

Poslovni telefon ljekara, asistenta ljekara ili podijatra \_\_\_\_\_

**PRIRODA ŽALBE:** Molimo vas da detaljno opišete prirodu vaše žalbe protiv ovog profesionalnog radnika.

Iskoristite prostor na poleđini i dodatne listove, ako je potrebno.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Okrenite i popunite drugu stranu**

