***OBRAZAC - PODACI O PREDLAGATELJU***

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv/ ime i prezime predlagatelja |  |
| Adresa |  |
| Broj telefona i mobitela |  |
| Email |  |
| Područje djelovanja |  |
| Obrazloženje prijedloga |  |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018. godine Potpis

**OBRAZAC - PODACI O *KANDIDATU***

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime |  |
| Adresa |  |
| Broj telefona i mobitela |  |
| Email |  |
| Datum rođenja |  |
| Mjesto rođenja |  |
| Stručna sprema |  |
| Zvanje |  |
| Zanimanje |  |
| Trenutno zaposlenje (naziv tvrtke / ustanove) |  |
| Ranija zaposlenja (naziv tvrtke/ustanove) |  |
| Djelovanje u području zdravstva |  |

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_ 2018. godine Potpis

***Izjava o prihvaćanju kandidature***

***za člana Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata***

***na području Virovitičko podravske županije***

Ja, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ime i prezime)

Rođen/na \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dan, mjesec, godina i mjesto rođenja)

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

(adresa prebivališta ili boravišta)

prihvaćam kandidaturu za člana Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata na području Virovitičko-podravske županije

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mjesto i datum) (potpis)