[název správního orgánu]

[adresa]

[PSČ, město]

**Stížnost na poskytovatele zdravotních služeb v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů**

Jméno, příjmení: …………………………………………………………
Adresa: …………………………………………………………
Telefon: …………………………………………………………
E-mail: …………………………………………………………

Poskytovatel zdravotních služeb, proti kterému stížnost směřuje:

…………………………………………………………………………..

Proč nesouhlasíte s tím, jak poskytovatel zdravotních služeb vyřídil Vaši stížnost:

Stručný popis událostí (např. komplikace, doba léčení, srovnání zdravotního stavu před a po události):

V ………………….. dne …………………. podpis ……………………..

Příloha(y):

* Kopie vyjádření poskytovatele zdravotních služeb na stížnost (se kterým stěžovatel nesouhlasí)