

[název správního orgánu]

[adresa]

[PSC, 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)