[název poskytovatele zdravotních služeb]

[adresa]

[PSČ, město]

**Stížnost podle § 93 zákona 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: …………………………………………………………

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

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

Příloha(y):