

[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):

•