

**Formulář pro podání stížnosti**

(vyplní osoba, která stížnost podává)

Jméno:	Příjmení:	Titul:
Adresa trvalého bydliště:		
Datum narození:	Telefon:	Email:
Právnícká osoba:		
Název	Sídlo	Osoba oprávněná k jednání:
Podstatné okolnosti problému:		
Označení, jméno proti komu stížnost směřuje:		
Názvy dokumentů obsahující důležité informace související se stížností /pokud jsou k dispozici/		
<p><i>Pokud osoba, která podala stížnost, s jejím vyřízením nesouhlasí, může podat stížnost příslušnému správnímu orgánu, který tomuto poskytovateli udělil oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Adresa: <b>Krajský úřad Pardubického kraje, Komenského náměstí 125, 532 11 Pardubice, úřední hodiny: každou středu od 15:00 hod. do 16:00 hod, tel. spojením na číslo 466 026 447.</b></i></p>		

V Moravské Třebové dne.....

Podpis osoby, která stížnost podává

.....