**СИГНАЛ/ЖАЛБА**

**от**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Данни на физическото лице/юридическо лице подател:** | | |
| Три имена /наименование на юридическо лице \* | Име\* | ЮЛ\*  Представлявано от:  Име\*  Фамилия\* |
| Презиме\* |
| Фамилия\* |
| **Данни за контакт:** | | |
| населено място \* |  | |
| Настоящ адрес (за физическо лице) / седалище и адрес на управление (за юридическо лице) *жк.,ул.,№, бл. ет., ап.\** |  | |
| Телефон \* |  | |
| E-mail \* |  | |

**В** **какво качество са станали известни твърдените нарушение/я на подателя:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Действате ли като представител от името на пациент, по отношение на който е извършено нарушение? \* | | НЕ ☐ ДА ☐ |
| *При „Да“, моля, посочете в качеството си на какъв (например родител, настойник, попечител, упълномощен представител или друго)**и попълнете информацията за пациента по-долу\** | | |
| **Три имена на пациента**\* |  | |
| **Данни за контакт** с пациента\* | | |
| населено място | Пощенски код | |
| Настоящ адрес | жк., ул., №, бл. ет., ап. | |
| **Допълнителни данни за идентификация на представителя\*:** | *Моля, приложете документ[[1]](#footnote-1), че сте законно упълномощен или имате право да получавате здравна и друга информация за пациента.* | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Описание на нарушението**\*: |  |
| **Три имена на пациента** \*  В случай, че разполагате с медицинска и/или друга документация, доказваща твърденията ви, моля да бъде приложена като копие или прикачен сканиран файл.  **Срещу кое лечебно заведение?\*………………………………..** |
| **Срещу кой служител/лекар, мед. сестра и др./?\*……………………** |  |
| **В какво се изразява сигнала/жалбата:**  *Моля, опишете максимално точно и конкретно Вашите твърдения и изложете всички факти и обстоятелства, свързани с нарушението* |  |

Дата: Подпис:

1. Например - пълномощно, удостоверение за наследници, удостоверение за назначаване на настойник/попечител и др. [↑](#footnote-ref-1)