inel MEDIK VP	PRIGOVOR /ŽALBA/SUMNJA VIGILANCA MEDICINSKOG SREDSTVA

Molimo Vas da bez ustručavanja napišete Vaše primedbe na naše medicinsko sredstvo!
Vaše primedbe razrešićemo u primerenom roku, uz obostrano zadovoljstvo!

Podaci o podnosiocu izjave	Naziv:		
Adresa:		Broj telefona:	Broj telefaksa:
Osoba za kontakt:	Adresa elektronske pošte:	Broj telefona:	Broj telefaksa:

Podaci o ugovoru	Oznaka:	Datum predaje:

Izjava:		
Sažeto i precizno opisati predmet prigovora/žalbe/sumnje!		
Izjavio prigovor/žalbu/sumnju:	Potpis:	Datum:

POPUNJAVA USTANOVA

Primio izjavu:	Potpis:	Datum:

Identifikovanje ugovora korisnika	Delovodna oznaka ugovora:	Datum prijema ugovora: