|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PRIJEDLOG KANDIDATA**  **za člana Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata Sisačko- moslavačke županije**  **( obrazac popuniti pomoću PC-a)** | | | |
| **PODACI O PREDLAGATELJU**  *(građanin, udruga, građanska inicijativa i druga pravna osoba s područja Sisačko- moslavačke županije****)*** | | | |
| Ime i prezime / naziv | |  | |
| Adresa | |  | |
| Osoba za kontakt | |  | |
| Podaci za kontakt | | Telefon: | |
| E- mail: | |
| **PODACI O KANDIDATU ZA ČLANA POVJERENSTVA** | | | |
| Kandidat je iz redova**:**  *(označiti)* | | ☐ pacijenata  ☐ nevladinih udruga  ☐ stručnjaka na području zaštite prava pacijenata | |
| Ime i prezime | |  | |
| Adresa | |  | |
| Podaci za kontakt | | Telefon:  E-mail: | |
| Obrazovanje | |  | |
| Zaposlenje | |  | |
| Ostale aktivnosti | |  | |
| **Potpis predloženog kandidata - vlastoručno**  (*kojim daje suglasnost za kandidiranje i potvrđuje točnost navedenih podataka*) | |  | |
| **Obrazloženje prijedloga**  *( ukratko opisati razloge kandidiranja, motivaciju za rad u ovom području, javno djelovanje i dosadašnje iskustvo u području zdravstva i sl.)* | |  | |
| **Podnositelj prijedloga ili ovlaštena osoba podnositelja** | | | |
| Ime i prezime ovlaštene osobe podnositelja prijedloga | | | Potpis podnositelja prijedloga ( vlastoručno ) |
|  | | |  |
| M.P. |
| **Mjesto i datum** |  | | |  |

**Napomena: podaci će se koristiti samo u svrhu provođenja postupka po javnom pozivu za dostavu prijedloga za članove Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata Sisačko-moslavačke županije i objavu na službenoj mrežnoj stranici SMŽ predloženih kandidata za članove Povjerenstva.**