|  |
| --- |
| **PRIJEDLOG KANDIDATA****za člana Povjerenstva za zaštitu prava pacijenata Sisačko-moslavačke županije** |
| **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 *(navesti jedan od podataka: telefon, mobitel, 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 *(navesti najmanje jedan od podataka: broj telefona, mobitela, e-mail)* |  |
| Obrazovanje |  |
| Zaposlenje |  |
| Ostale aktivnosti |  |
| **Potpis predloženog kandidata – vlastoručno** (*kojim daje suglasnost za kandidiranje i potvrđuje točnost navedenih podataka*) |  |
| **Obrazloženje prijedloga** *(detaljno opisati razloge za predlaganje*  *kandidata)*  |              |
| **Podnositelj prijedloga ili ovlaštena osoba podnositelja (za pravne osobe)** |
| Potpis:**podnositelj prijedloga** *(vlastoručno)* | *(za pravne osobe)***ovlaštena osobe pravne osobe koja podnosi prijedlog** Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(čitko, velikim tiskanim slovima)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_i potpis *(vlastoručno)*  |
|  |  |
| M.P. |
| **Mjesto i datum**  |  |  |