|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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** |  | |  |