|  |
| --- |
| **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.**