**OBRAZAC ZA PREDLAGANJE KANDIDATA ZA IMENOVANJE ČLANOVA POVJERENSTVA ZA ZAŠTITU PRAVA PACIJENATA U VARAŽDINSKOJ ŽUPANIJI**

|  |  |
| --- | --- |
| **IME I PREZIME** |  |
| **Ž I V O T O P I S** |  |
| **ADRESA PREBIVALIŠTA ODNOSNO BORAVIŠTA** |  |
| **DATUM ROĐENJA** |  |
| **OIB** |  |
| **E-MAIL ADRESA** |  |
| **BROJ FIKSNOG TELEFONA/ BROJ MOBITELA** |  |
| **STRUČNA SPREMA I ZVANJE** |  |
| **TRENUTNO ZAPOSLEN/ZAPOSLENA (navesti naziv tvrtke/ustanove) ILI UMIROVLJENJE** |  |
| **OBRAZLOŽENJE PRIJEDLOGA**  (molimo ukratko opisati razloge kandidiranja, motivaciju za rad u ovom području, javno djelovanje i dosadašnje iskustvo u području zdravstva i sl.) |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(potpis kandidata)