

Modelul de sesizare on-line
FORMULARUL DE SESIZARE ON-LINE

Campurile marcate cu * sunt obligatorii !

- **Nume si prenume ***
- **Spitalul unde ati fost internat***
- **Sectia pe care ati fost internat***
- **Data internarii ***

DD / MM / YYYY

- **Data externarii ***

DD / MM / YYYY

- **Sesizarea dvs. vizeaza*:**

- Incalcari ale drepturilor pacientului**
- Condiționarea serviciilor medicale**
- Abuzuri săvârșite asupra personalului medico-sanitar**
- Alte aspecte**

- **Categoriile de personal implicate*:**

- Medici**
- Asistente medicale**
- Infirmiere**
- Brancardieri**
- Portari**
- Personalul administrativ**
- Conducerea unității medicale**
- Nici una din variante**

- **Va rugam sa detaliami sesizarea dvs.(maxim o jumatate de pagină):**

▲

▼

◀

▶

- **Ati mai sesizat aceasta problema si catre alte institutii/organisme?**

Nu

Da **Daca Da, catre ce institutie:**

- **Sesizarea dvs. va primi un raspuns în cel mai scurt timp posibil. In acest scop, va rugam sa ne precizati care este modalitatea prin care doriti sa fiti contactat(a): ***

Telefonic **Numarul de telefon**

Prin email **Email**

Prin posta **Adresa**