

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

IME I PREZIME	
ŽIVOTOPIS	
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)