# Qendra shëndetësore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# RAPORTI PËR SHQYRTIMIN E ANKESAVE

Nr i Regj:\_\_\_\_\_

Data e regjistrimit të ankesës:\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objekti i Ankesës:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Përgjigja e Ankesës:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Antarët e bordit të shqyrtimit të ankesave**

**Drejtori Kryeinfermierja Kordinatori i cilësisë Anëtarë komuniteti**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**