

ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZENIČKO-DOBOJSKOG KANTONA

OBRAZAC ZA PRIJAVU KORUPTIVNIH PONAŠANJA U ZAVODU ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA ZDK

a Ukoliko želite da ostvarite kontakt sa Zavodom, molimo Vaše lične podatke.¹

Ime i prezime: _____

Kontakt telefon/adresa/mail: _____

b Na koga se Vaša prijava odnosi (ime, prezime i naziv radnog mjesta radnika na kojeg se prijava odnosi i svjedoka i/ili drugo uključeno lice):

c Opišite nezakonitu radnju:

d Mjesto gdje je izvršena nezakonita radnja i kada je izvršena:

e Da li ste već nekome prijavili ove indicije na nepravilnosti i/ili koruptivno ponašanje?

F. Molimo da ukoliko posjedujete bilo kakve dodatne pisane i materijalne dokaze iste dostavite uz prijavu putem pošte, sa prijavom direktno predate na službeni protokol Zavoda ili putem sandučića za prijavu postavljenih u Zavodu .

Datum podnošenja prijave _____

Potpis _____

Prijave se dostavljaju u zatvorenoj koverti adresiranu na Zavod zdravstvenog osiuranja Zeničko-dobojskog kantona, dr. A.A. Borića 28b Zenica, sa naznakom "na ruke direktora - ne otvarati" .

Ukoliko ste naveli svoje kontakt podatke najkasnije u roku od 30 dana od dana prijema prijave bit ćete obaviješteni o poduzetim aktivnostima

Podsjećamo Vas da zloupotreba prava prijavljivanja koja sadrži elemente krivičnog djela lažnog prijavljivanja podliježe sankcijama u skladu sa zakonima i drugim propisima u Bosni i Hercegovini.

¹ ⁰ Vaši lični podaci će biti obrađeni u skladu sa Zakonom o zaštiti ličnih podataka BiH