

PRITOŽBA

Podpisani/a _____ sem nezadovoljen/a z/s:

1. Točnostjo svetovalca, ker
2. Odnosom svetovalca, ker
3. Zaupnostjo, ker
4. Dolžino pogovora, ker
5. Drugo, ker

Na vašo pritožbo bo odgovorila predsednica Združenja za preprečevanje samomora v osmih dneh od prejema pritožbe.

Datum: _____

Podpis: _____

Podpis svetovalca, ki je prejel pritožbo:
