

**Прилог 2.**  
**ОБАВЕШТЕЊЕ О ПРОВЕРИ И ПОТВРЂИВАЊУ**  
**ОЗБИЉНОГ НЕЖЕЉЕНОГ ДОГАЂАЈА**

Назив овлашћене здравствене установе
Број обавештења
Датум потврде озбиљног нежељеног догађаја (дан, месец, година)
Датум озбиљног нежељеног догађаја (дан, месец, година)
Анализа основних узрока (описати)
Предузете корективне мере (описати)

Потпис и факсимил овлашћеног лица

---

М. П.