**Образац 3. ИЗВЕШТАЈ О СПРОВЕДЕНОМ ИСПИТИВАЊУ ЗАДОВОЉСТВА ЗАПОСЛЕНИХ**

**НАЗИВ ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Датум анкете\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Укупан број запослених** | **Број запослених присутних на послу****на дан истраживања** | **Број подељених упитника** |
|  |  |  |

**ДАТУМ ДИРЕКТОР**