ZANMED
RODZINNE CENTRUM MEDYCZNE W HALINOWIE

Halinów .....

Skarga/wniosek/zgłoszenie

Imię i nazwisko* wnoszącego skargę/wniosek/zgłoszenie dotyczące funkcjonowania Rodzinnego Centrum Medycznego Zanmed w Halinowie:

.....
.....

Data urodzenia* wnoszącego skargę/wniosek/zgłoszenie dotyczące funkcjonowania Rodzinnego Centrum Medycznego Zanmed w Halinowie:

.....

Dokładny opis zdarzenia, będącego przedmiotem skargi, z którego treści powinno jasno wynikać, kiedy doszło do tego zdarzenia, jakie były okoliczności, na czym konkretnie polegało naruszenie prawa pacjenta.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Preferowana forma kontaktu .....

*jeżeli chcesz pozostać ananimowy nie podawaj danych osobowych

podpis