

Data

DANE PACJENTA

Imię i nazwisko:

PESEL/Data urodzenia:

Dane kontaktowe:

Adres:

Telefon:

E-mail:

UWAGI/OPIS ZDARZENIA

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI PACJENTA

Składam reklamację dotyczącą (proszę podać nazwę usługi):

.....

.....

z dnia wykonaną przez

Cena usługi:

.....

Podpis osoby zgłaszającej reklamację

Pacjent może odwołać wcześniej złożoną reklamację lub skargę medyczną. Odwołanie lub jego skan należy przestać na adres e-mail biuro@medpolonia.com.pl

Data i podpis osoby przyjmującej zgłoszenie

.....

