

# Formularz zgłoszenia

Zgłoszenie przyjęte:

nr w rejestrze zgłoszeń:.....

☐

Internetowo

☐

telefoniczne

☐

osobiście w przychodni

## Dane pacjenta

imię i nazwisko: .....

numer telefonu, adres e-mail: .....

adres korespondencyjny: .....

Uwagi, wnioski i skargi mogą zostać złożone z zachowaniem anonimowości.

## Opis skargi, uwagi, wniosku\*:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Forma oczekiwanej odpowiedzi\*:

pisemna, email, telefoniczna, nie oczekuję odpowiedzi, inna, jaka .....

.....

data i podpis pacjenta

.....

data i podpis przyjmującego

Przekazane do: .....

Sposób rozpatrzenia: .....

.....



## Potwierdzenie złożenia skargi

.....

nazwa przychodni

.....

data i podpis przyjmującego