

Formularz skarg Expat Med

Dane osoby składającej skargę

Imię i Nazwisko :

Data urodzenia :

Adres :

Kod pocztowy :

Miejscowość :

Czy skarga jest we własnym imieniu lub na prośbę kogoś innego?

• własnym

• kogoś innego

Nazwisko :

Data urodzenia :

Data konsultacji:

Skarga dotyczy: (zaznacz właściwe)

• Konsultacja medyczna

Dane lekarza :

Specjalizacja :

• Sposób w jaki zostałam/em potraktowana/ny/ poinformowana/ny

Dane lekarza :

Specjalizacja :

• Sposób w jaki udzielono mi pomocy medycznej


• Finansowe rozliczenie za udzieloną mi pomoc medyczną

• Inne (np. obsługa administracji/recepcji)

Opisz skargę (proszę podać jak najwięcej szczegółów):

Podpis:

Data:

Wypełniony formularz proszę przesłać pod adres:
Expat Med. B.V. , ALARD DU HAMELSTRAAT 33,
 5622 CC EINDHOVEN

*Skargę można również złożyć anonimowo. W tym przypadku informacje wykorzystane zostaną w celu polepszenia jakości świadczonych usług medycznych, wiąże się to jednak z faktem iż nie otrzyma Pan/Pani żadnej informacji zwrotnej.