



WNIOSEK ZGŁOSZENIA REKLAMACJI/UWAG/POCHWAŁ*

Data składania wniosku: ____ - ____ - ____ r.

Dział CM UJASTEK:

Nazwisko, Imię składającego wniosek:

PESEL (wymagane w przypadku reklamacji medycznych):

Adres/mail do korespondencji:

Nr telefonu:

Opis sytuacji:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

****Oczekuję WYJAŚNIEŃ PISEMNYCH / TELEFONICZNYCH / NIE OCZEKUJĘ WYJAŚNIEŃ / INNE* (proszę podać jakie)**

.....

Podpis osoby składającej wniosek:

Czytelny podpis pracownika, przyjmującego wniosek:

*niewłaściwe skreślić

** dotyczy reklamacji

