Szpital Specjalistyczny
w Prabutach sp. z o.o.

Podmiot Leczniczy Samorządu
Województwa Pomorskiego

FORMULARZ SKARG / WNIOSKÓW PACJENTA

Szpital Specjalistyczny w Prabutach Sp. z o.o.

I. Dane osoby składającej skargę / wniosek (wypełnienie dobrowolne)

Imię i nazwisko: .....
Adres / e-mail: .....
Telefon kontaktowy: .....

☐ Pacjent
☐ Rodzina / opiekun
☐ Inna osoba: .....

II. Informacje dotyczące zdarzenia

Oddział / komórka organizacyjna: .....
Data zdarzenia / okres: .....

III. Treść skargi / wniosku

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

IV. Oczekiwany sposób załatwienia sprawy (opcjonalnie)

.....
.....

V. Załączniki

☐ tak (jakie?): ..... ☐ nie

VI. Zgoda na kontakt zwrotny

☐ Wyrażam zgodę na kontakt ☐ Nie wyrażam zgody na kontakt

Data: ..... Podpis: .....