

FORMULARZ SKARGI

Bieżąca data:

Dane osoby składającej skargę (skarżącego):

Imię i nazwisko: nr telefonu:

Adres:

adres email:

3. Dane pracownika służby zdrowia na którego składana jest skarga:

Imię i nazwisko: nr telefonu:

Tytuł: Pracodawca:

Adres:

adres email:

Treść skargi (swoimi słowami – kto, co, gdzie, kiedy, dlaczego i jak) [w razie potrzeby proszę skorzystać z dodatkowego arkusza].

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



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

Z poważaniem

Podpisano

Wysłano do wiadomości:

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