**FORMULARZ SKŁADANIA SKARGI, REKLAMACJI LUB WNIOSKU**

**NR ………../ ………………/ ……… / ……….**

nr kolejny / symbol jednostki / miesiąc / rok

**(wypełnia pracownik jednostki medycznej przyjmujący formularz)**

Skarga, reklamacja, wniosek\* wniesiony (osobiście/za pomocą środków komunikacji elektronicznej/listownie\*)

w dniu ………………….. (telefonicznie/drogą mailową\*)

przez: □ pacjenta □ osobę uprawnioną do zgłoszenia skargi, wniosku lub reklamacji w imieniu pacjenta\*

………………………………………………………………………………………………………………………*(należy wskazać podstawę uprawnienia, np.: rodzic małoletniego, opiekun osoby ubezwłasnowolnionej – jeśli dotyczy)*

Imię i Nazwisko ……………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania *(ulica, miejscowość, kod pocztowy)* …………………………………………………………….. ………………………………………………………………..………………………..............................................

nr tel. kontaktowego ………………………………………………………………………………………………..

**Opis zdarzenia *(do formularza należy dołączyć wszelką dokumentację dotyczącą opisywanej sprawy, która umożliwi/ułatwi proces rozpatrywania)***

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………..……………………………………………………………..………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

**Numer konta bankowego** (uzupełnić w przypadku składania reklamacji/wnioskowania o zwrot poniesionych kosztów):

………………………………………………………………………………………………………………………

***Forma odpowiedzi***

Kontakt pisemny drogą listowną

Kontakt pisemny drogą e-mailową *(adres e-mail do kontaktu: ……………………………………………………….……)*

Kontakt telefoniczny

Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu

Osobiście

…………………………………. ………………………………..  
Czytelny podpis osoby przyjmującej Czytelny podpis osoby składającej

\*) niepotrzebne skreślić