……

……..
……..
……..
/ dane Pacjenta /

Do:

Prywatna Specjalistyczna Praktyka Chirurgiczna
Tomasz Chmurowicz
Ul. Kadłubka 42/61 Szczecin 71-524

ZGŁOSZENIE REKLAMACYJNE

Niniejszym w trybie Regulaminu świadczenia płatnych konsultacji zgłaszam następującą reklamację.

- dane Pacjenta: .....
- adres: ……..
- tel ……..
- data konsultacji: ……..
- nazwisko lekarza: ……....
- opis reklamacji:

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……..…

……
/ podpis Pacjenta/

Rozpatrzenie reklamacji:
.....
……
……
……