Klachtenformulier

Wij vragen u uw klacht/opmerking op papier te zetten door dit formulier in te vullen. Indien gewenst, is een van de medewerkers van Medisch Centrum Wetering beschikbaar om u hierbij te helpen.

U krijgt van ons binnen een week een reactie over de wijze van afhandelen van uw klacht/opmerking.

Uw gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Uw naam |  |
| Uw geboortedatum |  |
| Uw telefoonnummer |  |
| Uw adres |  |
| (evt) uw e-mailadres |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum van het voorval |  |
| (Geschat) tijdstip van het voorval |  |
| Plaats van het voorval  |  |
| Betrokken medewerker(s) |  |

Omschrijving:

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

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

U kunt dit formulier inleveren aan de balie, of opsturen naar Medisch Centrum Wetering, t.a.v. de klachtenfunctionaris, Nieuwe Weteringstraat 11, 1017 ZX Amsterdam