doktersdienst groningen

Klachtenformulier

Naam: .....

Straatnaam: .....

Postcode: ..... **Woonplaats:** .....

Telefoon: .....

Geboortedatum patiënt: .....

Tijdstip van behandeling:

Dag: ..... **Datum:** ..... **Tijd:** .....

Omschrijving van de klacht:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... *Eventueel vervolgen op de achterzijde*

Datum: ..... ***Handtekening:*** .....

Verstuur dit formulier in een ongefrankeerde envelop naar:
Klachtenafdeling Doktersdienst Groningen
Antwoordnummer 463
9700 WB Groningen

doktersdienst groningen

Vervolg omschrijving van de klacht