Klachtenformulier

Naam: …… ……

Straatnaam: ……..

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

Telefoon: …….....

Geboortedatum patiënt: ……..

Tijdstip van behandeling:
Dag: ……**Datum:** ……**Tijd:** ……..

Omschrijving van de klacht:
……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……***evt vervolgen op een 2e pagina***

Datum: …….. ***Handtekening:*** ……

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