

FORMULARZ REKLAMACYJNY



OSIPOWICZ & TURKOWSKI
CLINIC

.....
Miejscowość, data

DANE PACJENTA:

Imię:

Nazwisko:

Numer tel.:

Adres e-mail:

INFORMACJE O USŁUDZE:

Data wykonywania zabiegu:

Lekarz wykonujący zabieg/personel:

Opis reklamacji:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oczekiwania wobec Kliniki:

.....
.....
.....

.....
Podpis pacjenta
lub przedstawiciela ustawowego pacjenta

Załączniki:

Zbieramy Twoje dane osobowe w formularzu reklamacyjnym do celów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi. Twoje dane są przechowywane i przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa o ochronie danych osobowych. Nie udostępniamy Twoich danych osobowych osobom trzecim bez Twojej zgody.