

.....
Pieczętka Jednostki Organizacyjnej Szpitala

PROTOKÓŁ REKLAMACJI

(Po wypełnieniu proszę przesłać))

DATA ZŁOŻENIA REKLAMACJI

DANE PACJENTA KTÓREGO DOTYCZY REKLAMACJA

IMIE I NAZWISKO

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

LEKARZ ZGŁASZAJĄCY

.....

telefon kontaktowy

NAZWA BADANIA

.....

DATA i GODZINA POBRANIA MATERIAŁU

.....

REKLAMACJA DOTYCZY (opis problemu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
podpis osoby składającej reklamację

.....
podpis osoby przyjmującej reklamację