

FORMULARZ REKLAMACYJNY



CortenMedic

nr.....z dniar.

DANE OSOBY REKLAMUJĄCEJ

Imię i nazwisko

Adres

e-mail

Telefon kontaktowy

PRZEDMIOT REKLAMACJI

Jeśli reklamacja dotyczy pracy konkretnego pracownika Centrum Medycznego Corten Medic, prosimy podać imię i nazwisko danej osoby.

praca rejestracji

pracalekarza

praca pielęgniarki

praca asystenta/-ki lub higienistki stomatologicznej

usługa medyczna (wpisać rodzaj usługi) _____

praca przychodni (wpisać adres) _____

inne: _____

ZAŁĄCZNIKI DO REKLAMACJI

Do reklamacji załączam dokumenty: _____

OPIS SYTUACJI

OCZEKIWANIA

W związku z powyższym oczekuję: _____

STANOWISKO CENTRUM MEDYCZNEGO CORTEN MEDIC

Nasze stanowisko w kwestii rozpatrzenia reklamacji zostanie dostarczone najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia reklamacyjnego. W przypadku spraw wymagających podjęcia dodatkowych działań, termin może ulec wydłużeniu. Zostanie P/P zawiadomiony o podjętych czynnościach i o planowanym terminie rozpatrzenia reklamacji. Prosimy zaznaczyć preferowany sposób dostarczenia odpowiedzi:

odbiór osobisty poczta tradycyjna e-mail sms

Akceptuję treść zawartą w zgłoszeniu reklamacyjnym.

.....
Czytelny podpis składającego reklamację

.....
Pieczęć placówki

.....
Data i podpis przyjmującego reklamację