FORMULAR DE RECLAMATIE

Nr. inreg. sectie_____ / _____

Catre,

Manager spital

Subsemnatul(a) _____ domiciliat(ă) în _____ strada _____, nr. ___, bl. ____, sc. ___, ap. ___, județ _____, telefon _____ e-mail _____, parinte/apartinator/reprezentant legal al pacientului _____, care a beneficiat de asistenta medicala pe sectia/structura _____ in perioada _____

reclam/sesizez urmatoarele *se descriu faptele, concis si clar

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data: Semnătura: _____