

CENTRUM MEDYCZNE

Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.
ul. Chemików 7, 09-411 Płock
t: 24 364 70 00, f: 24 365 09 10, biuro@cmmedica.pl



ZDROWIE

FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI

I Dane Pacjenta/ Klienta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko/ Nazwa	Imię	Pesel/ Regon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Numer domu Numer lok.
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Kod pocztowy	Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon kontaktowy	E-mail	
Rodzaj płatnika: <input type="checkbox"/> NFZ <input type="checkbox"/> ubezpieczenie zdrowotne/ abonament	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> płatność indywidualna
	Nazwa ubezpieczyciela/ firmy	

II Dane osoby wypełniającej formularz (jeżeli jest inna, niż ta której ankieta dotyczy)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	E-mail

III Dane dotyczące zdarzenia

 - -

Data wizyty / badania

Opis zdarzenia

Proszę o odpowiedź: pocztą tradycyjną e-mail telefonicznie odpowiedź nie jest wymagana

 - -

Data zgłoszenia

Czytelny podpis pracownika

Czytelny podpis pacjenta / osoby zgłaszającej