

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

Opis zdarzenia

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

- -
Data zgłoszenia

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych, w tym dokumentacji medycznej, do PZU Zdrowie S.A. w zakresie niezbędnym do celów rozpatrzenia powyższej reklamacji. Celem przetwarzania powierzonych danych jest umożliwienie prowadzenia czynności związanych z rozpatrywaniem reklamacji.

Czytelny podpis pracownika

Czytelny podpis pacjenta / osoby zgłaszającej