

Formulier Klachtenregistratie

Gegevens melder

Naam :
Straat en huisnummer :
Woonplaats :
Geboortedatum :
Telefoonnummer :
Emailadres :

Klacht :
Datum en tijd waarop uw klacht betrekking heeft:
Zorgverlener :

Omschrijving van de klacht:

Onderstaande gegevens in te vullen door apothekhoudende huisartsenpraktijk Wedde

Ontvangstdatum :
Behandelaar :
Voorstel d.d. :

Afgehandeld d.d. :
Oplossing en actie :

Wedderhöfte 22
9698AW Wedde
Tel.: 0597-56277 e-mail: huisarts-hapwedde@ezorg.nl