ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
we Włoszczowie
Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II
ul. Żeromskiego 28 29-100 Włoszczowa

Zał. do „Regulaminu organizacji przyjmowania, rozpatrywania
i załatwiania skarg w Zespole Opieki Zdrowotnej we Włoszczowie
- Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II"

☐ pacjent wyraża zgodę na podanie danych osobowych
☐ pacjent nie wyraża zgody na podanie danych osobowych

.....
(miejscowość i data)

Dane pacjenta

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon)

.....
(e-mail)

PROTOKÓŁ Z PRZYJĘCIA SKARGI, WNIOSKU LUB UWAGI ZŁOŻONYCH USTNIE PRZEZ PACJENTA/RODZINĘ PACJENTA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

etariat:
(41) 38 83 800; Fax. (41) 3883 858
rala: (41) 3883 740
il: sekretariat@zozwloszczowa.pl

www.zozwloszczowa.pl
BIP: www.biuletyn.abip.pl/zozwloszczowa
NIP: 656-18-55-908 REGON: 000304295 KRS: 0000057160
Rachunek bankowy: Millennium O/Kielce 75 1160 2202 0000 0000 6001 8883