

KLACHTENFORMULIER



Waarover heeft u een klacht?

Welke functionarissen zijn betrokken bij uw klacht?

Wat heeft u er tot nu toe aangedaan?

Gegevens cliënt:

Naam:

Locatie:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Gegevens contactpersoon:

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoonnummer:

Relatie met de cliënt:

Datum:

Handtekening:

Dit klachtenformulier kunt u ondertekent verzenden naar:

Klachtencommissie Zorg Midden Holland

p/a Postbus 737

2800 AS Gouda

Wij nemen na ontvangst van het formulier zo spoedig als mogelijk contact met u op.

Ook kunt u contact met ons opnemen:

Email: info@klachtoverzorg.nl

Internet: www.klachtoverzorg.nl