

# 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](mailto:info@klachtoverzorg.nl)

Internet: [www.klachtoverzorg.nl](http://www.klachtoverzorg.nl)