

Formulář k podání stížnosti

Vážená paní, vážený pane,
domníváte-li se, že byla porušena práva Vaše nebo Vašeho blízkého, nebo jste zjistil/a jiné problémy při poskytování zdravotních služeb, máte možnost podat stížnost. Nabízíme Vám tento formulář, který máte možnost předat lékaři nebo všeobecné sestře. Během následujícího pracovního dne bude Vaše stížnost předána zaměstnanci oprávněnému přijímat a dále řešit stížnosti. Budeme Vás v co nejkratší době, nejpozději do 5 pracovních dnů, kontaktovat.

Aby byly splněny náležitosti pro podání stížnosti, vyplňte tyto údaje:

1/ Jméno a příjmení toho, kdo stížnost podává:

2/ Adresa bydliště pro písemný kontakt:

3/ Telefon, mobil, e-mail:

4/ Stručný popis podávané stížnosti:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Váš podpis:

Pokud nechcete odevzdat vyplněný formulář do rukou personálu, můžete jej zaslat na adresu nemocnice.

Jsme připraveni se Vaší stížností zabývat.

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.