

Klachtenformulier ombudsfunctionaris

Met dit formulier maakt u uw klacht kenbaar aan de ombudsfunctionaris van het MCL. Anonieme klachten worden niet in behandeling genomen. De ombudsfunctionaris zal binnenkort contact met u opnemen over uw klacht.

Datum:

Datum incident:

Naam:

Geslacht: Man / Vrouw (streep door wat niet van toepassing is)

Adres:

Postcode, woonplaats:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Geboortedatum: / / (dag/maand/jaar)

Patientnummer:

Mijn klacht is:

Naam/afdeling waar de klacht over gaat:

Overige opmerkingen:

Verstuur dit formulier na het invullen naar het volgende adres:

Medisch Centrum Leeuwarden T.a.v. ombudsfunctionaris Postbus 888 8901 BR Leeuwarden

