Klachtenformulier

Naam en voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Datum: _____

Omschrijving van uw klacht:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Wilt u dat er telefonisch contact met u genomen wordt naar aanleiding van uw klacht?

❑ **Ja** ❑ **Nee**

U kunt dit formulier sturen naar:

St. Elisabeth Ziekenhuis
t.a.v. Klachtenfunctionaris
Postbus 90151
5000 LC TILBURG