Załącznik nr 3, F-06/P-SZ/06

|  |  |
| --- | --- |
| **POTWIERDZENIE ZGŁOSZENIA USTNEJ SKARGI/WNIOSKU\*** | |
|  | **………………………………………………..**  ***data zgłoszenia*** |
| **………………………………………………………**  **………………………………………………………**  ***imię i nazwisko przyjmującego,***  ***komórka organizacyjna***  **……………………………………………………………….**  ***imię i nazwisko zgłaszającego***  *( pacjent/członek rodziny/przedstawiciel ustawowy/opiekun faktyczny)*  *………………………………………………………………………*  ***adres zgłaszającego do korespondencji*** | |
|  | |
|  | |
| **Przedmiot skargi/wniosku:**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………………………………………………………………………………**  **………………………………………………………………………………………………………….**  **…………………………………… ……………………………….**  *czytelny podpis zgłaszającego czytelny podpis przyjmującego*  \* niewłaściwe skreślić | |