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 |