Data ……..

Dane osoby składającej skargę:

……

……

……

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta
SPZOZ w Pajęcznie
Radca prawny Michał Piasecki

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SKARGI

Skarga dotyczy: ……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Podpis osoby składającej formularz

…….

Podpis osoby odbierającej formularz

……