

**PODZIEL SIĘ Z NAMI SWOIM DOŚWIADCZENIEM Z ZAKRESU KORZYSTANIA,  
 Z USŁUG LUX MED ONKOLOGIA.**

Zgłoszenia przyjmujemy także w postaci telefonicznej pod numerem Infolinii: tel. **22 430 87 00**  
 lub mailowo na adres: [reklamacje.onkologia@luxmed.pl](mailto:reklamacje.onkologia@luxmed.pl)

.....  
 Miejscowość, data i godzina

**Dane osoby zgłaszającej:**

Nazwisko i Imię: .....

Adres/e-mail do korespondencji: .....

Numer telefonu: .....

**Dane osoby, której dotyczy zgłoszenie, jeśli jest to osoba inna niż zgłaszająca:**

Nazwisko i Imię: .....

Adres/e-mail do korespondencji: .....

Numer telefonu: .....

**OPINIA**

Opis sytuacji:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**W związku z powyższym oczekuję:**

wyjaśnień pisemnych     telefonicznych     nie oczekuję wyjaśnień

inne, (proszę podać jakie): .....

.....  
Czytelny podpis osoby składającej reklamację

*Wypełnia pracownik LUX MED Onkologia*

---

Dane osoby przyjmującej opinię z LUX MED Onkologia:

Jednostka organizacyjna: .....

Data i godzina: .....

.....  
Czytelny podpis pracownika

*Wypełnia Serwisant*

---

Rodzaj zgłoszenia:     obsługowe     medyczne     opinia o charakterze niereklamacyjnym