

FORMULARZ OPINII

Podziel się z nami swoim doświadczeniem z zakresu korzystania z usług LUX MED Onkologia

Dane osoby zgłaszającej:

Nazwisko: _____

Imię: _____

PESEL/data urodzenia: _____

Dane osoby korzystającej z usług LUX MED Onkologia (jeżeli są inne niż osoby zgłaszającej):

Nazwisko: _____

Imię: _____

PESEL/data urodzenia: _____

Nazwa Ubezpieczającego: _____

Prosimy o szczegółowe podanie:

Data i godzina zdarzenia: _____

Miejsce zdarzenia: _____

Telefon – proszę podać, z jakiego numeru telefonu nastąpił kontakt: _____

Placówka – proszę podać adres placówki: _____

Inne kanały – proszę podać miejsce: _____

Imię i nazwisko Pracownika Szpitala LUX MED Onkologia, którego dotyczy opinia: _____

Szczegółowy opis sytuacji:
