



Mazowiecki Szpital Wojewódzki
w Siedlcach Sp. z o.o.

.....
pieczęć komórki organizacyjnej przyjmującej formularz

FORMULARZ PRZYJĘCIA SKARGI / UWAGI / POCHWAŁY

DATA PRZYJĘCIA SKARGI / UWAGI / POCHWAŁY

TREŚĆ SKARGI / UWAGI / POCHWAŁY

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

IMIĘ I NAZWISKO ZGŁASZAJĄCEGO SKARGĘ / UWAGĘ / POCHWAŁĘ ORAZ NUMER
TELEFONU LUB ADRES DO KONTAKTU

.....
.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach Sp. z o.o. dla celów rozpatrzenia zgłoszonej przeze mnie skargi / uwagi / pochwały, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U.02,Nr 101, poz.926, z późn. zm.).

.....
(Podpis składającego formularz)

IMIĘ I NAZWISKO, STANOWISKO ORAZ PODPIS PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO
SKARGĘ / UWAGĘ / POCHWAŁĘ

.....
.....

SPOSÓB ZAŁATWIENIA SPRAWY

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