

Klachtenformulier

Naam dhr./mw.

Datum klacht

Geboortedatum

E-mailadres

Telefoonnr.

Betreft Mohs Klinieken locatie: Amsterdam / Dordrecht / Hoorn (doorstrepen wat niet van toepassing is)

De klacht heeft betrekking op: de organisatie / medisch handelen / een medewerker (doorstrepen wat niet van toepassing is)

Waarover heeft u een klacht?

Wie zijn betrokken bij uw klacht?

Wat heeft u er tot nu toe aan gedaan?

Datum:

Handtekening:

Let op: Door het ondertekenen van dit klachtenformulier, geeft u Mohs Klinieken toestemming om persoonlijke gegevens over u te verzamelen. Mohs Klinieken zal zorgvuldig met uw gegevens omgaan en er zorg voor dragen dat de persoonlijke informatie die u ons verstrekt vertrouwelijk wordt behandeld. Voor onze privacyverklaring zie www.mohsklinieken.nl

Dit formulier kunt u mailen naar klacht@mohsklinieken.nl of versturen naar onderstaand adres. Wij nemen na ontvangst van het formulier zo spoedig mogelijk contact met u op.

Mohs Klinieken
t.a.v. de klachtenfunctionaris
Spuiboulevard 226 b
3311 GR DORDRECHT