

FORMULARZ REKLAMACYJNY



CortenDental

nr z dnia r.

DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ REKLAMACJĘ

Imię i nazwisko

Adres

e-mail

Telefon kontaktowy

PRZEDMIOT REKLAMACJI

Jeśli reklamacja dotyczy pracy konkretnego pracownika Corten Dental, prosimy podać imię i nazwisko danej osoby.

- praca rejestracji
- praca lekarza
- praca asystenta/-ki lub higienistki stomatologicznej
- usługa medyczna (wpisać rodzaj usługi) _____
- praca przychodni (wpisać adres) _____
- inne: _____

OPIS SYTUACJI (proszę podać datę zdarzenia i lokalizację placówki)

Do reklamacji załączam dokumenty: _____

OCZEKIWANIA

W związku z powyższym oczekuję: _____

Nasze stanowisko w kwestii rozpatrzenia reklamacji zostanie dostarczone najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych od daty otrzymania zgłoszenia reklamacyjnego. W przypadku spraw wymagających podjęcia dodatkowych działań, termin może ulec wydłużeniu. Zostanie Pani/Pan zawiadomiony o podjętych czynnościach i o planowanym terminie rozpatrzenia reklamacji. Prosimy zaznaczyć preferowany sposób dostarczenia odpowiedzi: odbiór osobisty poczta tradycyjna e-mail sms

Potwierdzam przyjęcie zgłoszenia reklamacyjnego.

Czytelny podpis składającego reklamację

Pieczęć placówki

Data i podpis przyjmującego reklamację