Dane Pacjenta:

.....
imię i nazwisko / nazwa Firmy

....
ulica numer domu / mieszkania miejscowość, kod pocztowy

.....
telefon kontaktowy

ZGŁOSZENIE REKLAMACJI

miejscowość_____, dnia _____

Zakres reklamacji:

- Proszę podać datę i rodzaj reklamowanej usługi, osobę udzielającą świadczenia, okoliczności uzasadniające reklamację.
- W sytuacji, gdy reklamacja dotyczy wydanego orzeczenia, zaświadczenia, opinii lub w przypadku, gdy Pacjent kwestionuje leczenie podjęte w Centrum Medycznym Luxmed Sp. z o.o., a kontynuował je poza placówką Centrum, **Pacjent ma obowiązek dołączyć stosowne dokumenty, w tym potwierdzone kopie dokumentacji medycznej**, będące podstawą zgłoszonej reklamacji.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

……
Podpis osoby składającej reklamację

……
Data i czytelny podpis osoby przyjmującej reklamację

Administratorem danych osobowych zbioru danych osobowych „Zgłoszenia reklamacyjne" jest Centrum Medyczne Luxmed Sp. z o.o. Dane przetwarzane będą do celów związanych z rozpatrzeniem zgłoszenia reklamacyjnego. Udostępnianie danych nie jest przewidywane. Obowiązek podania danych wynika z Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo dostępu do treści danych i ich poprawiania.