

FORMULARZ REKLAMACYJNY



KAPITAŁ POLSKI

DANE OSOBY REKLAMUJĄCEJ:

imię i nazwisko:
adres:
e-mail:telefon kontaktowy:.....

PRZEDMIOT REKLAMACJI

jeśli reklamacja dotyczy pracy konkretnego pracownika evi-MED, prosimy podać imię i nazwisko danej osoby.

- praca rejestracji dane osoby, adres placówki:
 praca lekarza dane osoby, adres placówki:
 praca pielęgniarki dane osoby, adres placówki:
 usługa medyczna wpisać rodzaj usługi:
 inne

OPIS SYTUACJI

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

OCZEKIWANIA

W związku z powyższym oczekuję:
.....

ZAŁĄCZNIKI DO REKLAMACJI

Do reklamacji załączam dokumenty:

- 1.
- 2.

STANOWISKO evi-MED Sp. z o.o.

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. Osoba składająca reklamację zostanie zawiadomiona o podjętych czynnościach i o planowanym terminie rozpatrzenia reklamacji. Prosimy o zaznaczenie preferowanego sposobu dostarczenia odpowiedzi:

- odbiór osobisty poczta tradycyjna e-mail

Gdynia, dnia

.....
czytelny podpis osoby składającej reklamację

Administratorem Pani/Pana danych osobowych pozyskanych w związku z prowadzonym postępowaniem wyjaśniającym jest evi-MED Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Morskiej 43 w Gdyni (81-323). Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w zakresie niezbędnym do prowadzenia korespondencji oraz w celach z niej wynikających. Dodatkowe informacje o zasadach przetwarzania i ochrony Pani/Pana danych osobowych dostępne są w naszej Polityce Prywatności oraz Klauzuli Informacyjnej, zamieszczonej na stronie internetowej www.evi-med.pl