

Załącznik Z 1

Formularz skargi

.....

miejsowość, data

.....

imię i nazwisko

.....

adres zamieszkania, tel. kontaktowy

Do Dyrektora NZOZ ESKULAP

SKARGA

Niniejszym wnoszę skargę na

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

W związku z powyższym oczekuję

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

Podpis

Wynik postępowania

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

Data:

Podpis