



Melding klacht of suggestie tot verbetering

Naam melder:.....

Geboortedatum:.....

Datum:.....

Omschrijving:

Indien u namens een cliënt deze klacht indient, graag naam, relatie tot de cliënt en telefoonnummer vermelden:

.....
.....

Melder wenst:

- telefonisch contact; te bereiken op telefoonnummer.....
- een persoonlijk gesprek met verantwoordelijke Trombosedienst regio Eindhoven

Datum:.....

Handtekening:.....

Dit formulier graag zenden aan:
Trombosedienst regio Eindhoven
t.a.v. klachtenfunctionaris
Boschdijk 1119
5626 AG Eindhoven

Ontvangst TDRE

Datum:.....

Paraaf:.....