Data.....

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta / Dyrektor* Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. Dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SKARGI

Nazwisko i imię osoby składającej skargę.....
Adres do korespondencji.....
Telefon kontaktowy.....

Skarga
dotyczy: .....
.....
.....
.