

Iktatószám:

PANASZBEJELENTŐ NYOMTATVÁNY¹

Név:			
Cím:	Irsz.:	Város:	Utca, házszám:
Telefon:	E-mail:		
Vizsgálat időpontja	Vizsgálat típusa (pl. csontszcintigráfia, PET/CT, stb.)		
Panasz rövid leírása ² : <további lapok száma:>			
Csatolt dokumentumok ³ :			
Dátum:	Bejelentő aláírása:		
Dátum:	Átvevő aláírása:		

Tájékoztatjuk, hogy amennyiben panasz vizsgálásához szükséges minden információ rendelkezésünkre áll, akkor vizsgálatunk eredményéről bejelentésének beérkezésétől számított 30 napon belül értesítjük. Ellenkező esetben felkérjük Önt a hiányzó adatok pótlására.

¹ A panaszos a panasz rögzítésekor megkapja a nyomtatvány másolati példányát

² Amennyiben szükséges, kérjük, folytassa a leírást további lapokon

³ Kérjük, csatolja a panaszának elbírálásához szükségesnek ítélt dokumentumok másolatait, az eredetit pedig őrizze meg