FORMULARZ SKARGI, REKLAMACJI, WNIOSKU / UWAGI, POCHWAŁY

1. DANE ZGŁASZAJĄCEGO (wypełnia zgłaszający)

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: .....

Tel.: ……

Adres e-mail: .....

Adres osoby składającej zgłoszenie: .....

Zgłaszam w imieniu: ☐ własnym ☐ pacjenta (imię i nazwisko): .....

jako ☐ przedstawiciel ustawowy ☐ osoba upoważniona

2. ZGŁOSZENIE (wypełnia zgłaszający)

Rodzaj zgłoszenia: ☐ skarga ☐ reklamacja ☐ wniosek / uwaga ☐ pochwała

Dotyczy placówki: ☐ ul. Kotlarza 6, Katowice ☐ ul. Kościuszki 229 (Centrum Libero), Katowice

Miejsce zdarzenia: .....

Data i godzina zdarzenia: .....

Imię i nazwisko osoby, której dotyczy zgłoszenie (jeśli znane): .....

Krótki opis zgłoszenia:

.....

.....

.....

.....

.....

……

……

……..

Oczekiwany sposób załatwienia sprawy (np. wyjaśnienie, zmiana, zwrot opłaty lub powtórzenie usługi)

……

3. SPOSÓB PRZEKAZANIA INFORMACJI ZWROTNEJ (wypełnia zgłaszający – proszę zaznaczyć jedną odpowiedź)

☐ e-mail – na adres podany w części 1

☐ listownie – na adres podany w części 1

☐ nie oczekuję odpowiedzi (np. przy uwadze lub pochwale)

…… ……..

Data i podpis osoby zgłaszającej

Informacja RODO: Administratorem danych jest Holsamed Sp. z o.o. z siedzibą w Katowicach. Dane są przetwarzane wyłącznie w celu rozpatrzenia zgłoszenia (art. 6 ust. 1 lit. c i f RODO) i przechowywane przez 3 lata od końca roku, w którym zakończono sprawę. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do Prezesa UODO. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych: iod@holsamed.pl

FORMULARZ SKARGI, REKLAMACJI, WNIOSKU / UWAGI, POCHWAŁY

4. PRZYJĘCIE ZGŁOSZENIA (wypełnia personel placówki)

Data wpływu: ……

Forma: ☐ pisemnie w rejestracji ☐ ustnie ☐ telefonicznie ☐ e-mail ☐ poczta

☐ skrzynka ☐ instytucja: ……..……

Przy zgłoszeniu ustnym lub telefonicznym pracownik zapisuje treść w częściach 1–3 według relacji zgłaszającego i odczytuje ją zgłaszającemu. Przy zgłoszeniu telefonicznym – adnotacja „zgłoszenie telefoniczne", podpisuje tylko przyjmujący.

……..

Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie (imię, nazwisko, stanowisko)

5. WYJAŚNIENIA OSOBY, KTÓREJ ZGŁOSZENIE DOTYCZY (jeśli wskazano, wypełnia personel placówki)

Wyjaśnienia złożone przez osobę, której zgłoszenie dotyczy:

.....

.....

.....

.....

……

…… ……..

Data i podpis osoby udzielającej wyjaśnień

6. ODPOWIEDŹ DLA ZGŁASZAJĄCEGO (wypełnia Kierownik/ Koordynator)

Odpowiedź udzielona osobie składającej zgłoszenie (kiedy?, w jakiej formie?, co ustalono?):

.....

.....

.....

.....

.....

…… ……..

Data i podpis osoby udzielającej odpowiedzi