Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace
Žďárská 610

Záznam – stížnost

Stěžovatel:	
Jméno a příjmení:	
Trvalé bydliště:	
Kontakt: (e-mail, telefon)	

Zaměstnanec přijímající stížnost:	
Jméno a příjmení:	
Funkce:	
Oddělení:	

Obsah stížnosti:

Poučení:
Podpisem stvrzuji, že jsem byl(a) poučen(a) o postupu při vyřizování stížnosti a že údaje, které jsem uvedl(a), jsou pravdivé.

Datum:	Podpis:
Stěžovatel:	Stížnost přijal (a):