

Formulář pro podání stížnosti

Tímto podávám stížnost na poskytování domácí zdravotní nebo sociální péče.

1. Jméno a příjmení stěžovatele:

.....

2. Adresa/bydliště:

.....

3. Telefon nebo e-mail (nepovinné):

.....

4. Jméno pacienta/klienta (pokud je odlišné):

.....

5. Popis stížnosti (uveďte datum, jména pracovníků, místo a popis události):

.....

.....

.....

.....

6. Přeji si být o výsledku stížnosti informován/a:

☐ Ano ☐ Ne

Datum podání stížnosti:

Podpis stěžovatele:

Tento formulář můžete odevzdat osobně, e-mailem nebo poštou na adresu poskytovatele domácí péče.