

Klachten formulier Medisch centrum Thomsonplein

Achternaam

Voorletter(s)

Geboortedatum

Woonadres

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

Email adres

Klachten

- Tegen wie wilt u het klacht indienen ?
- Op welk datum vond het klacht plaats ?
- Omschrijf de klacht

Datum:

Handtekening:

*Er wordt binnen 2 werkdagen contact met u opgenomen.