

## PODZIEL SIĘ Z NAMI SWOJĄ OPINIĄ

Państwa opinie i sugestie są dla nas bardzo ważne! Wskazują nam kierunek, w którym powinniśmy podążać, aby każdy nasz Pacjent czuł się usatysfakcjonowany.

Niniejszy formularz służy do złożenia opinii zarówno pozytywnej jak i negatywnej (reklamacji usług).

Mogą Państwo zrobić to:

- osobiście w placówce, wypełniając niniejszy druk
- e-mailem: [reklamacje@optimacare.pl](mailto:reklamacje@optimacare.pl) lub
- pisemnie na adres: OptimaCare sp. z o.o., Dział Wsparcia Sprzedaży, ul. Jeździecka 19, 53-032 Wrocław

W przypadku opinii negatywnej (reklamacji) prosimy o uważne wypełnienie pól oznaczonych jako obowiązkowe (oznaczonych \*). Odpowiedzi udzielamy w terminie 14 dni o złożenia reklamacji

### Dane OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ:

imię i nazwisko\*:

### Dane PACJENTA:

imię i nazwisko\*:

data urodzenia pacjenta\*:

### Opis zdarzenia:

jednostka CM Optima Care\*:

data i godzina zdarzenia\*:

imię i nazwisko osoby lub  
nazwa komórki realizującej usługę\*:

okoliczności\*:

żądanie\*:

### Oczekiwany sposób odpowiedzi\*:

nie oczekuję wyjaśnień

wyjaśnienia telefoniczne:

wyjaśnienia pisemne na adres:

wyjaśnienia na email:

osobiście w jednostce:

\_\_\_\_\_  
*data i czytelny podpis osoby zgłaszającej*

\* pole obowiązkowe w przypadku reklamacji

rodzaj dokumentu:	PROCEDURA	obowiązuje od:	2021-03-01
tytuł:	NDS p09 Reklamacje oraz inne zgłoszenia od pacjenta	nr wydania:	1
		strona:	1/1