

FORMULARZ ZGŁOSZENIA OPINII

I Dane Pacjenta/ Klienta

Nazwisko/ Nazwa Imię Pesel/ Regon

Ulica Numer domu Numer lok.

-

Kod pocztowy Miejscowość

Telefon kontaktowy E-mail

Rodzaj płatnika: NFZ ubezpieczenie zdrowotne/ abonament płatność indywidualna

Nazwa ubezpieczyciela/ firmy

II Dane osoby wypełniającej formularz (jeżeli jest inna, niż ta której ankieta dotyczy)

Nazwisko Imię

Telefon kontaktowy E-mail

III Dane dotyczące zdarzenia

- -

Data wizyty / badania w placówce Polmedic:

POZ Domagalskiego 7 Okulickiego 74 Toruńska 1 Osiedlowa 9

Poradnie Specjalistyczne Domagalskiego 7 Okulickiego 76 Osiedlowa 9

Centrum Diagnostyczne Aleksandrowicza 5

Medycyna Pracy 1905 Roku 20

Opis zdarzenia

Proszę o odpowiedź: pocztą tradycyjną e-mail telefonicznie odpowiedź nie jest wymagana

- -

Data zgłoszenia

Czytelny podpis pracownika

Czytelny podpis pacjenta / osoby zgłaszającej