

FORMULARZ SKARG I WNIOSKÓW

Miejscowość, data:

Dane wnoszącego:

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy i miasto:

Nr telefonu (opcjonalnie):

Dyrektor

Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej SP ZOZ w Gorzowie Wlkp.

SKARGA / WNIOSEK*

(niepotrzebne skreślić)

Opis sprawy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oczekiwania wobec placówki:

.....
.....

Załączniki:

1.

2.

.....

(podpis)