

.....
(miasto, data)

.....
(imię i nazwisko osoby zgłaszającej)

.....
(adres osoby zgłaszającej)

.....
(imię i nazwisko pacjenta, którego dotyczy zgłoszenie)

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej
ul. Terebelska 57-65
21-500 Biała Podlaska

WNIOSEK/ZAŻALENIE/SKARGA

Kiedy?

(data, orientacyjna godzina zdarzenia)

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

Gdzie?

(nazwa oddziału, numer sali etc.)

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

Co się stało?

(co się wydarzyło, kto z personelu brał udział w zdarzeniu, jakie były skutki etc.)

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

.....
czytelny podpis

Załącznik:

1. Upoważnienie dla wnioskodawcy od pacjenta