Reklamacja - CM Mediconcept Sp. z o.o.

……,dnia:…….
(miejscowość)

……
(imię i nazwisko)

……
(adres zamieszkania)

……
(kod pocztowy, miasto)

……...
(nr telefonu)

CM Mediconcept Sp. z o. o.
ul. Krzycka 94 53-020 Wrocław
NIP 8992835662

REKLAMACJA

Dotycząca usług/lekarza/innego personelu/inne*:……
(*niepotrzebne skreślić. W przypadku reklamacji dotyczącej lekarza lub personelu prosimy podać jego imię i nazwisko)

……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..
……..

……. …….
Podpis Data i podpis osoby odbierającej reklamację

Sprawy reklamacyjne składamy w formie papierowej w recepcji CM Mediconcept. Reklamacje rozpatrywane są w ciągu 14 dni roboczych od daty wpłynięcia reklamacji.