

Klachtenformulier

Gegevens van de inzender (*alleen invullen indien deze persoon een ander is dan degene die een klacht heeft*)

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Gegevens van degene die niet tevreden is over de geleverde producten en/of diensten

Naam:

Geboortedatum:

Man/vrouw

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

E-mailadres:

Sinds wanneer gebruikt u orthopedische hulpmiddel(en)?

Sinds:

Door wie bent u verwezen naar onderstaande Leverancier?

Wanneer zijn de hulpmiddelen aan u geleverd?

Gegevens van de Leverancier van Orthopedische Hulpmiddelen over wie u een klacht hebt

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Telefoon:

Naam van de persoon door wie u bent behandeld / geadviseerd:

Het betreft een klacht over het volgende product:

(semi) Orthopedisch Schoeisel

Therapeutische Elastisch Kousen

Orthopedische Instrumenten

Borstprothesen

Ondergetekende verklaart hierbij dat getracht is de klacht met leverancier onderling af te handelen en dat dit niet tot de mogelijkheden behoort én geeft de klachtencommissie mandaat om informatie bij de behandelend arts in te winnen.

Datum:

Handtekening:

LET OP! U dient uw klacht helder te omschrijven en duidelijk te maken wat u concreet wil voorleggen aan de klachtencommissie. Dit kan op de achterzijde van dit formulier. Tevens verzoeken wij u alle ter zake doende correspondentie aangaande deze klacht in kopie met dit formulier mee te sturen.

U kunt dit formulier sturen naar:

Klachtencommissie Orthopedische en Medische Hulpmiddelen
Postbus 120, 3760 AC te Soest