

Formularz opinii

Podziel się z nami swoim doświadczeniem z zakresu korzystania z usług LUX MED Szpitala Gdańsk

Dane osoby zgłaszającej:

Imię :

Nazwisko :

PESEL :

Data urodzenia :

Dane osoby korzystającej z usług LUX MED Szpitala Gdańsk (jeżeli są inne niż osoby zgłaszającej):

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Nazwa Ubezpieczającego

Prosimy o szczegółowe podanie:

.....
Data i godzina zdarzenia

Miejsce zdarzenia

- Infolinia Call Center – proszę podać, z jakiego numeru telefonu nastąpił kontakt:
- Placówka:
- Inne kanały – proszę podać miejsce:

Imię i nazwisko Pracownika LUX MED Szpital Gdańsk, którego dotyczy opinia:

Szczegółowy opis sytuacji:

W związku z powyższym oczekuję:

- wyjaśnień pisemnych wyjaśnień e-mailowych wyjaśnień telefonicznych nie oczekuję wyjaśnień
- inne:

.....
Czytelny podpis osoby upoważnionej

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej do przyjęcia reklamach

Dane kontaktowe:

Ulica / numer domu / nr mieszkania :

Miejscowość :

Kod pocztowy : _ _ - _ _ _

Telefon :

E-mail :

.....
Podpis osoby składającej

.....
Podpis osoby przyjmującej

Administratorem danych osobowych jest LUX MED Szpital Gdańsk S.A. z siedzibą w Gdańsku, ul. Wileńska 44, 80-215 Gdańsk. W razie pytań lub potrzeby dodatkowych informacji prosimy o kontakt z naszym inspektorem ochrony danych pod adresem: daneosobowe@luxmed.pl. Informacja o przysługujących prawach oraz pouczenie o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego znajduje się na stronie internetowej: <https://www.szpital-gdansk.luxmed.pl/daneosobowe/> oraz w placówce.

Formularz prosimy przesłać na adres: LUX MED Szpital Gdańsk S.A. Wileńska 44, 80-215 Gdańsk lub na adres e-mail: opinie.szpital.gdansk@luxmed.pl lub pozostawić w Recepcji placówki.