3η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ
ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ «ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»
Ταχ. Διεύθυνση: ΜΑΥΡΙΩΤΙΣΗΣ
Ταχ. Κώδικας: 52100
Τηλέφωνο: 2467350685
E-mail : expol@kastoriahospital.gr

Ημερομηνία:

ΕΝΤΥΠΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ-ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Ονοματεπώνυμο παραπονούμενου_____Ηλικία:_____

Ιδιότητα: Λήπτης Υπηρεσιών ☐ Συγγενής Λήπτη ☐ Άλλη ☐

Διεύθυνση:_____ΤΚ-Πόλη:_____ Τηλ:_____

Βαθμίδα Εκπαίδευσης: Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ Τριτοβάθμια ☐

Β.ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ/ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ:

Υπογραφή ατόμου που υπέβαλε την καταγγελία/αναφορά:

(συμπληρώνεται η πίσω σελίδα εάν δεν επαρκεί η παρούσα)