Klachtenformulier ZorgApotheek 't Hart van Lelystad

Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk invullen en terugzenden naar onderstaand post- of e-mailadres.

UW GEGEVENS

Achternaam _____

Voornaam _____

Adres _____

Postcode _____

e-mailadres _____

Telefoon vast _____

mobiel _____

Datum voorval D D M M J A A R

Omschrijving van de melding. Probeer zo volledig mogelijk te zijn in uw omschrijving:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Terugkoppeling gewenst? ❑ ja ❑ nee

Zorg Apotheek 't Hart van Lelystad
Reaalhof 1B, 8232 VW Lelystad

Tel.: (0320) 220 669
FAX: (0320) 280 553

harmkeverlinden@xs4all.nl
www.apotheeklelystad.nl