**KLACHTENFORMULIER STICHTING ZORGWIEL**

**VERTROUWELIJK**

Klachtenfunctionaris Stichting ZorgWiel

C. Weijs

p/a Moerven 220

5464 PE Veghel

of

De Geschillencommissie Zorg

Postbus 90600

2509 LP Den Haag

Tel.: 070-310 5380 *(op werkdagen van 09.00 tot 17.00 uur)*

Bezoekadres: Bordewijklaan 46

2591 XR Den Haag

**Personalia klager**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam en voorletters: |  |
| Straat en huisnummer: |  |
| Postcode en plaats |  |
|  |  |
| Naam vertegenwoordiger: |  |
| Straat en huisnummer: |  |
| Postcode en plaats: |  |

**Omschrijving klacht**

|  |
| --- |
| Ik zal de klacht hieronder zo uitgebreid mogelijk toelichten en daarbij in elk geval vermelden tegen wie de klacht is gericht, welke gebeurtenis(sen) aanleiding zijn voor de klacht en wanneer deze gebeurtenis(sen) hebben plaatsgevonden. |
|  |
| Ik heb mijn klacht besproken met: | |
|  | |
| Het resultaat van die gesprekken was: | |
|  | |

Ik verklaar dat ik de Klachtenfunctionaris of de Geschillencommissie bij de behandeling van mijn klacht mijn volledige medewerking zal verlenen en verleen hierbij wel / geen[[1]](#footnote-1) toestemming aan de Klachtenfunctionaris of Geschillencommissie om alle voor de beoordeling van de klacht relevante bescheiden in te zien.

Datum:

-----------------------------------------------

[handtekening]

Naam:

1. *Doorhalen wat niet van toepassing is. Let op: indien geen toestemming wordt verleend kan dit een goede beoordeling van de klacht in de weg staan.* [↑](#footnote-ref-1)