

KLACHTENFORMULIER



Met dit formulier kunt u een klacht indienen bij Zorgsamen. Om uw klacht beter en sneller te kunnen behandelen, vragen wij u onderstaande vragen zo goed mogelijk te beantwoorden.

1. Klacht afkomstig van

Naam:M/V

Adres:

Postcode / plaats:

Telefoon:

en *(alleen invullen als deze klacht wordt ingediend door een vertegenwoordiger van een cliënt van Zorgsamen)*

Naam vertegenwoordiger:

Adres:

Postcode / plaats:

Telefoon:

Relatie tot cliënt:

2. Omschrijving klacht

.....
.....
.....
.....
.....

3. Plaats, datum en tijdstip van het voorval waarop de klacht betrekking heeft (indien van toepassing) :

Plaats:.....

Datum:

Tijdstip

4. Hebt u de klacht besproken met een medewerker of diens leidinggevende?
Zo ja, wanneer en met wie? Zo nee, waarom niet?

5. Wilt u de klacht met de directie van Zorgsamen bespreken?

6. Hebt u uw klacht ook bij een andere instantie gemeld?
Zo ja, bij:

7. Omschrijf a.u.b. de door u gewenste oplossing:

Datum:

Handtekening:

Door ondertekening van dit formulier machtigt u de Klachtenafhandeling uw klacht, in overeenstemming met de regels van het Klachtenreglement Zorgsamen in behandeling te nemen en alle relevante stukken in te zien.

Dit klachtenformulier adresseren aan:

Klachtenafhandeling Zorgsamen
Wilhelminakade 59
1421 AB UITHOORN