 EMC SZPITALE Szpital Bukowiec w Kowarach	Grupa EMC Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach	Standard: Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta PJ 3
	Załącznik 1 do PJ/3-2/2020	Data wydania 21.05.2020
	FC-14 Formularz składania skargi	Nr wydania 3

FORMULARZ SKŁADANIA SKARGI/REKLAMACJI

NR///

Nr kolejny/symbol jednostki/miesiąc/rok

Skarga/reklamacja wniesiona (osobiście/telefonicznie/pisemnie/mailowo*) w dniu o godz.....

przez:

Imię i Nazwisko

zamieszkały/a w

przy ul.

nr tel. kontaktowego

adres mail:.....

Opis skargi/reklamacji (wewnętrznej/zewnętrznej *)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ustalona forma odpowiedzi na etapie składania skargi/reklamacji:

- Kontakt pisemny - 10 dni roboczych
- Kontakt telefoniczny – 3 dni robocze
- Kontakt mailowy – 10 dni roboczych
- Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu, jeśli to możliwe


.....

czytelny podpis osoby przyjmującej skargę

.....

czytelny podpis osoby składającej skargę

*) niepotrzebne skreślić

	Grupa EMC	Standard:
	Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach	Poprawa Jakości i
	Załącznik 1 do PJ/3-2/2020	Bezpieczeństwo Pacjenta PJ 3
	FC-14 Formularz składania skargi	Data wydania 21.05.2020
		Nr wydania 3

Skarga/reklamacja przyjęta przez LAS (osobiście/telefonicznie/pisemnie/ mailowo *) w dniu o godz.....

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej skargę/reklamację - LAS

Wypełnia osoba rozpatrująca skargę/reklamację

Osoba rozpatrująca skargę/reklamację (odpowiedzialna za odpowiedź)

Problem rozwiązano / lub przekazano do*):

Opinia osoby, której dotyczy skarga /reklamacja:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, podpis

Opinia i decyzja osoby rozpatrującej skargę/reklamację, odpowiedzialnej za udzielenie odpowiedzi.
Proponowane rozwiązanie problemu.

.....

.....


.....

.....

.....

.....
data, podpis

*) niepotrzebne skreślić

	Grupa EMC	Standard: Poprawa Jakości i Bezpieczeństwo Pacjenta PJ 3
	Poradnia POZ przy Szpitalu Bukowiec w Kowarach	
	Załącznik 1 do PJ/3-2/2020	Data wydania 21.05.2020
	FC-14 Formularz składania skargi	Nr wydania 3

Opinia i decyzja Dyrektora Jednostki

.....

.....

.....

.....
data, podpis

Potwierdzenie udzielenia odpowiedzi:

Forma odpowiedzi

- Odpowiedź pisemna
- Odpowiedź telefoniczna potwierdzona notatką
- Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu – wyjaśnienie ustne potwierdzone notatką
- Odpowiedź mailowa

.....
data, podpis

Procedurę zakończono:

.....
data, podpis przełożonego