Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Krośnie Odrzańskim

*(Zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz ustawą Kodeksu postepowania administracyjnego)*

1. **DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ**

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………………..

Adres do korespondencji………………………………………………………………………………..

Telefon kontaktowy………………………………………………………………………………………

e-mail……………………………………………………………………………………………………..

**status zgłaszającego**(proszę zaznaczyć)

pacjent

przedstawiciel ustawowy

osoba odwiedzająca

pracownik

inne (jakie)………………………………………………

1. **RODZAJ ZGŁOSZENIA** (proszę zaznaczyć tylko jedno)

**Skarga-** dotyczy zachowania personelu, organizacji pracy, udzielanych świadczeń, naruszenia praw pacjenta

**Wniosek-**propozycja zmiany, usprawnienia, sugestie dotyczące działania ZCM

1. **TREŚĆ ZGŁOSZENIA**

(proszę możliwie dokładnie opisać przedmiot skargi lub wniosku- kto, gdzie, kiedy, czego dotyczy. Można załączyć dodatkowe strony lub dokument)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **OCZEKIWANE DZIAŁANIA**

…………………………………………………………………………………………………………..

1. ZAŁĄCZNIKI DO ZGŁOSZENIA

Tak, w liczbie……………………………szt.

Nie….

Data zgłoszenia……………………………

Podpis zgłaszającego…………………….

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

*Zgłoszenie można składać osobiście w sekretariacie szpitala, przesłać pocztą na adres szpitala lub drogą elektroniczną.*

 *Formularz zgłoszenia jest do pobrania w punkcie rejestracji głównej oraz na stronie internetowej szpitala szpitalzcm.pl/abc pacjenta/skargi i wnioski*

*Zgłoszenia rozpatrywane są zgodnie z procedurą Postępowanie ze skargami obowiązującą w ZCM.*

*Administratorem danych osobowych jest Zachodnie Centrum Medyczne Sp. z o.o. dane są przetwarzane wyłącznie w celu rozpatrzenia zgłoszenia, zgodnie z RODO.*

Przesyłając formularz drogą elektroniczną, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rozpatrzenia sprawy, zgodnie z art.6 ust 1lit.c i f RODO.

Podpis zgłaszającego ……………………

**Wypełnia ZCM- rejestracja zgłoszenia**

Numer ewidencyjny skargi/wniosku……………………………………………………………

Data przyjęcia zgłoszenia………………………………………………………………………

Osoba przyjmująca………………………………………………………………………………

Forma zgłoszenia: (właściwe podkreślić)

pisemna, ustna, email, formularz internetowy, telefonicznie, inne……………………….

Przekazano do rozpatrzenia przez……………………………………………………………

Termin rozpatrzenia……………………………………………………………………………