

**Quejas formulario di incripcion**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fecha :** |  |
| **Nombre :** |  |
| **Dirección :** |  |
| **Fecha de nacimiento :** |  |
| **Teléfono :** |  |
| **Email :** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| La denuncia proviene de | * Paciente | * Familia del paciente |
|  |  |  |
| Estos son aspectos | * La atención medica | * Tratamiento |
|  |  |  |
|  | * Organización | * A diferencia de |
|  |  |  |
|  | * Financiero |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Que desea** | * Una conversación con oficial de quejas | * Acción sin previo aviso |
|  | * Una conversación con esa persona | * Acción con informacion |

**Bonaire Laboratorium N.V. Kaya John e. Nicolaas #7 Kralendijk Tel. 7178055**