

**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**