Załącznik nr 9

Pieczątka Przychodni/Jednostki organizacyjnej

Druk wniesienia skargi/wniosku*

w dniu .....

I. **Składający skargę/wniosek*:** .....

/imię i nazwisko/

Adres zamieszkania: .....

/kod, miejscowość, nazwa ulicy, nr domu i mieszkania/

Numery telefonów**: .....

/prywatny, służbowy/

II. **Składam skargę/wniosek* o następującej treści (zwięzły opis treści sprawy)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

podpis składającego skargę/wniosek

.....
podpis osoby odbierającej skargę/wniosek

.....
podpis kierownika przychodni/jednostki organizacyjnej

*- niepotrzebne skreślić, **- podanie numery telefonu nie jest obowiązkowe