

Αρ.Πρωτ.:  
Ημ/νία :

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

|                             |  |                  |            |       |  |
|-----------------------------|--|------------------|------------|-------|--|
| Όνοματεπώνυμο Υποβάλλοντος: |  |                  |            |       |  |
| Πατρώνυμο:                  |  | Τμήμα Νοσηλείας: |            | Τηλ.: |  |
| Διεύθυνση:                  |  |                  | Πόλη:      |       |  |
|                             |  |                  | Ταχ. Κωδ.: |       |  |

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ

Ποιόν ή ποιους αφορά και τι ακριβώς συνέβη:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Τι ενδεχομένως προτείνετε για τη διευθέτηση του θέματος:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Υπογραφή

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Εγνατίας 9, Τ.Κ. 53100, Φλώρινα - Τηλεφωνικό κέντρο: 2385350100  
Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας