ΠΡΟΣ: Τη Διοίκηση του Γ.Ν.ΦΛΩΡΙΝΑΣ

Αρ.Πρωτ.:
Ημ/νία :

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΑ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Ονοματεπώνυμο Υποβάλλοντος:

Πατρώνυμο:

Τμήμα Νοσηλείας:

Τηλ.:

Διεύθυνση:

Πόλη Ταχ. Κωδ.:

ΘΕΜΑ

Υπογραφή

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