Viljandi Haigla

Tähis	VHA/74
Viide	27.11.2017
Versioon	1

VORM

KAEBUSE ESITAMINE SEOSES REHABILITATSIOONITEENUSEGA

Teie isikuandmed

Ees-ja perekonnanimi _____

Postiaadress _____

E-posti aadress _____

Telefon _____

Vastust kaebusele soovin (Teile sobiv vastus märkida ristiga):

____ Kirjalikult

____ Telefoni teel

____ E-posti teel

____ Vastust ei soovi

Kaebuse kirjeldus

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Kaebuse esitamise kuupäev

Kaebuse esitaja allkiri