

.....  
*Miejscowość, data*

## FORMULARZ SKARGI/REKLAMACJI

✓ Wypełnia pacjent lub jego przedstawiciel

### 1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ

..... Imię	..... Nazwisko	..... Pesel lub nr i seria dokumentu tożsamości
..... Ulica i nr budynku/mieszkania	..... Kod pocztowy	..... Miejscowość
..... Adres e-mail		..... Telefon kontaktowy

### 2. CZY OSOBA SKŁADAJĄCA SKARGĘ ZGŁASZA PROBLEM WE WŁASNYM IMIENIU

TAK       NIE

✓ Jeżeli wybrano odpowiedź „NIE” proszę podać dane pacjenta, którego skarga dotyczy

..... Imię	..... Nazwisko	..... Pesel lub nr i seria dokumentu tożsamości
..... Ulica i nr budynku/mieszkania	..... Kod pocztowy	..... Miejscowość

### INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZGŁOSZENIA PROBLEMU

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do złożenia skargi na nienależyte udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz inne nieprawidłowości w Centrum Medycznym Nadarzyn.

Skargi można składać do:

1. Centrum Medyczna Nadarzyn, ul. Graniczna 4a, 05-830 Nadarzyn, tel. 22 739 48 40; email: [kontakt@zoznadarzyn.pl](mailto:kontakt@zoznadarzyn.pl);
2. Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Dział Obsługi Świadczeniobiorców, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa  
e-mail: [skargi@nfz-warszawa.pl](mailto:skargi@nfz-warszawa.pl)
3. Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Aleja Zjednoczenia 25, 01-829 Warszawa, tel. 22 532 82 50, fax 22 833 08 86;  
e-mail: [sekretariat@bpp.gov.pl](mailto:sekretariat@bpp.gov.pl)

### 3. MIEJSCE WYSTĄPIENIA PROBLEMU

<input type="checkbox"/> OŚRODEK ZDROWIA W NADARZYNIE	<input type="checkbox"/> OŚRODEK ZDROWIA W MŁOCHOWIE
<input type="checkbox"/> REJESTRACJA	
<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH	
<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DZIECI	
<input type="checkbox"/> GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY	
<input type="checkbox"/> PUNKT SZCZEPIEŃ	
<input type="checkbox"/> PORADNIA SPECJALISTYCZNA .....	
<input type="checkbox"/> PORADNIA STOMATOLOGICZNA	
<input type="checkbox"/> ZESPÓŁ REHABILITACJI	
<input type="checkbox"/> ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO	

### 4. KRÓTKI OPIS SYTUACJI/PROBLEMU

- ✓ Proszę opisać zaistniałą sytuację, co jest przedmiotem skargi, podać datę i godzinę wystąpienia problemu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Data

.....  
Podpis