

FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI/SKARGI

1. Opis zgłoszonego problemu:

.....
.....
.....
.....
.....

2. Dane uczestnika lub firmy zlecającej (imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail):

.....
.....
.....

3. Nazwa, data i miejsce usługi:

.....
.....

4. Proponowana forma rekompensaty (zgodnie z pkt. 6.9):

.....
.....
.....
.....

5. Sposób udzielenia odpowiedzi na reklamację przez HealthConcept (adres mailowy, adres do doręczeń)

.....

Miejscowość

Data

Podpis.....