



KLACHTENFORMULIER

Mahara Zorg – Klachtenformulier

Gegevens klager

Naam: _____

Adres: _____

Postcode/Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

E-mailadres: _____

Betreft klacht over

Zorgverlening

Medewerker

Communicatie

Planning

Facturatie

Anders: _____

Datum gebeurtenis

___ / ___ / ____

Omschrijving klacht



Gewenste oplossing

Handtekening:

Datum:

___ / ___ / ____