

Klachtenformulier voor de cliënt (graag helemaal invullen)

Uw gegevens

(degene die de klacht indient)

Naam: _____ M/V

Adres: _____

Postcode + woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Gegevens van de cliënt

(dit kan iemand anders zijn dan de indiener)

Naam van de cliënt: _____ M/V

Geboortedatum cliënt: ____ ____ _____

Relatie tussen de indiener en de cliënt (bijv. ouder, kind, echtgenote): _____

Aard van de klacht

Datum gebeurtenis: ____ ____ _____

Plaats en tijdstip: _____

De klacht gaat over: (meerdere keuzes mogelijk):

- handelen van audicien
- bejegening door medewerker (= de manier waarop de medewerker tegen u praat of met u omgaat)
- organisatie audicien speciaalzaak (= de manier waarop diverse zaken in de zaak geregeld zijn)
- administratieve of financiële afhandeling
- iets anders

Omschrijving van de klacht:

U kunt het ingevulde formulier afgeven bij:

Oorzaak Hoorkliniek

Staat 1 | 6031 EL Nederweert

Wij nemen daarna telefonisch of schriftelijk contact met u op.