

MEDICUS *clinic*

ART OF SMILE CARE

FORMULARZ REKLAMACYJNY

dotyczący świadczeń udzielanych przez MEDICUS CLINIC Sp. z o.o. w Słupsku

Formularz można wypełnić elektronicznie lub odręcznie.

Strona 1 z 3

I. Dane podmiotu leczniczego

Nazwa: MEDICUS CLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Siedziba / adres: ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk

KRS: 0001126197 | **NIP:** 8393250317 | **REGON:** 529786666

II. Dane pacjenta składającego reklamację

1. Imię i nazwisko

2. PESEL / data urodzenia

3. Adres zamieszkania

4. Telefon kontaktowy

5. Adres e-mail

Jeżeli reklamację składa przedstawiciel pacjenta (np. rodzic, opiekun):

6. Imię i nazwisko przedstawiciela

7. Stopień pokrewieństwa

8. Podstawa działania

III. Dane dotyczące wizyty / świadczenia zdrowotnego

1. Data wizyty / okres leczenia

2. Lekarz udzielający świadczenia

3. Rodzaj świadczenia

4. Numer paragonu / faktury

Chcesz być na bieżąco?

Śledź nasze Social Media

FB Medicus Clinic Słupsk

IG @medicuscliniCSłupsk

MEDICUS *clinic*
ART OF SMILE CARE

STOMATOLOGIA PRZYSZŁOŚCI

Medicus Clinic Sp. z o.o.

+48 59 307 07 33 | rejestracja@medicus.slupsk.pl

ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk

KRS: 0001126197 | NIP: 8393250317 | REGON: 529786666

FORMULARZ REKLAMACYJNY

dotyczący świadczeń udzielanych przez MEDICUS CLINIC Sp. z o.o. w Słupsku

Strona 2 z 3

Formularz można wypełnić elektronicznie lub odręcznie.

IV. Przedmiot reklamacji (opis problemu przez Pacjenta)

Proszę szczegółowo opisać, na czym polega zastrzeżenie do udzielonego świadczenia, w szczególności:

- ☐ na czym polega nieprawidłowość / wada,
- ☐ kiedy i w jakich okolicznościach wystąpiła,
- ☐ jakie są obecnie odczuwane dolegliwości / skutki.

Opis:

V. Żądanie pacjenta (roszczenia)

Proszę zaznaczyć właściwe pole / pola:

- ☐ 1. Nieodpłatne poprawienie / powtórzenie świadczenia zdrowotnego
- ☐ 2. Usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości w udzielonym świadczeniu
- ☐ 3. Obniżenie ceny za świadczenie
- ☐ 4. Zwrot części uiszczonej ceny
- ☐ 5. Zwrot całości uiszczonej ceny za świadczenie
- ☐ 6. Udzielenie dodatkowych wyjaśnień i informacji dotyczących przebiegu leczenia
- ☐ 7. Inne:

VI. Załączniki

Do niniejszej reklamacji załączam:

- ☐ kopię paragonu / faktury (wymóg obowiązkowy w przypadku wizyty komercyjnej)
- ☐ dokumentację medyczną (w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia reklamacji)
- ☐ zdjęcia / dokumentację fotograficzną
- ☐ inne dokumenty:

Chcesz być na bieżąco?

Śledź nasze Social Media

FB Medicus Clinic Słupsk

IG @medicuscliniCSłupsk

MEDICUS *clinic*
ART OF SMILE CARE

STOMATOLOGIA PRZYSZŁOŚCI

Medicus Clinic Sp. z o.o.

+48 59 307 07 33 | rejestracja@medicus.slupsk.pl

ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk

KRS: 0001126197 | NIP: 8393250317 | REGON: 529786666

MEDICUS *clinic*

ART OF SMILE CARE

FORMULARZ REKLAMACYJNY

dotyczący świadczeń udzielanych przez MEDICUS CLINIC Sp. z o.o. w Słupsku

Formularz można wypełnić elektronicznie lub odręcznie.

Strona 3 z 3

VII. Sposób udzielenia odpowiedzi

Proszę o udzielenie odpowiedzi na reklamację:

☐ pisemnie na adres korespondencyjny wskazany w części II

☐ na adres e-mail:

VIII. Oświadczenia pacjenta

- Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
- Jest mi wiadome, że podmiot leczniczy rozpatruje reklamację z uwzględnieniem obowiązujących przepisów.
- Zostałem(am) poinformowany(a), że przysługuje mi prawo wglądu do dokumentacji medycznej dotyczącej mojego leczenia oraz że mogę zwrócić się o pomoc do Rzecznika Praw Pacjenta, jeżeli uważam, że doszło do naruszenia moich praw pacjenta.

IX. Klauzula informacyjna (RODO)

Administratorem danych osobowych jest Medicus Clinic Sp. z o.o. z siedzibą w Słupsku (ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk). Dane osobowe podane w formularzu przetwarzane są w celu rozpatrzenia reklamacji pacjenta oraz wypełnienia obowiązków prawnych spoczywających na administratorze (art. 6 ust. 1 lit. c i f RODO oraz art. 9 ust. 2 lit. h RODO).

Pacjent ma prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do rozpatrzenia reklamacji.

X. Podpis

Miejscowość:

Data:

Czytelny podpis pacjenta / przedstawiciela pacjenta:

Czytelny podpis przedstawiciela Medicus Clinic Sp. z o.o. przyjmującego reklamację:

Chcesz być na bieżąco?

Śledź nasze Social Media

FB Medicus Clinic Słupsk

IG @medicuscliniCSłupsk

MEDICUS *clinic*
ART OF SMILE CARE

STOMATOLOGIA PRZYSZŁOŚCI

Medicus Clinic Sp. z o.o.

+48 59 307 07 33 | rejestracja@medicus.slupsk.pl

ul. Józefa Piłsudskiego 16B, 76-200 Słupsk

KRS: 0001126197 | NIP: 8393250317 | REGON: 529786666