

Unitatea sanitară:

Secția/Compartimentul vizat:

Număr de înregistrare:.....

FORMULAR DE PLÂNGERI ȘI SESIZĂRI

1. Datele persoanei care depune plângerea/sesizarea

- Nume și prenume:
- Adresă de domiciliu:
- Telefon:
- E-mail:

Notă: Datele personale sunt colectate exclusiv pentru soluționarea plângerii, conform legislației privind protecția datelor.

2. Tipul sesizării

Bifați varianta corespunzătoare:

- ☐ Plângere
- ☐ Sesizare
- ☐ Reclamație privind personalul medical
- ☐ Reclamație privind personalul auxiliar
- ☐ Probleme privind condițiile hoteliere
- ☐ Probleme privind accesul la servicii medicale
- ☐ Altele (specificați):

3. Descrierea situației

Vă rugăm să descrieți cât mai detaliat situația reclamată:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data și ora incidentului:

Locul (secția/compartimentul):

4. Persoane implicate (dacă sunt cunoscute)

- Nume personal medical/auxiliar:
- Funcția:
- Alte persoane prezente:

5. Dovezi/Documente anexate (dacă există)

- ☐ Fotografii
- ☐ Documente medicale
- ☐ Mesaje/înregistrări
- ☐ Alte documente:
-

6. Modalitatea preferată de răspuns

- ☐ E-mail
- ☐ Telefon
- ☐ Poștă
- ☐ Ridicare personală de la sediul unității

7. Declarație pe propria răspundere

Declar că informațiile furnizate sunt reale și că înțeleg că furnizarea de date false poate atrage răspunderea conform legislației în vigoare.

Semnătura: **Data:**