# Formulář pro podání stížnosti

Tímto podávám stížnost na poskytování domácí zdravotní nebo sociální péče.

1. Jméno a příjmení stěžovatele:

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

2. Adresa/bydliště:

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

3. Telefon nebo e-mail (nepovinné):

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

4. Jméno pacienta/klienta (pokud je odlišné):

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

5. Popis stížnosti (uveďte datum, jména pracovníků, místo a popis události):

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

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

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

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

6. Přeji si být o výsledku stížnosti informován/a:

 ☐ Ano ☐ Ne

Datum podání stížnosti: ................................................

Podpis stěžovatele: ....................................................

Tento formulář můžete odevzdat osobně, e-mailem nebo poštou na adresu poskytovatele domácí péče.