



KLACHTENFORMULIER

Geachte heer, mevrouw,

Wij vragen u dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen. Als u de klacht niet voor uzelf indient maar voor iemand anders (bijvoorbeeld een familielid of kennis), vermeldt u dan de persoonlijke gegevens van deze persoon en uw eigen gegevens bij 'contactpersoon'.

Persoonlijke gegevens

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Geboortedatum :
Telefoonnummer :
E-mailadres :

Contactpersoon:

Naam :
Adres :
Postcode en woonplaats :
Telefoonnummer :
E-mailadres :

Klacht over:

- Zorgkantoor DSW
- een instelling of zorgverlener :
- anders, namelijk :

Omschrijving van de klacht:

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

Ondertekening

Datum :

Handtekening :

Als u documenten heeft die met uw klacht te maken hebben, wilt u hiervan dan een kopie bij dit formulier voegen? Het ingevulde klachtenformulier kunt u, samen met eventuele kopieën, opsturen naar:

Zorgkantoor DSW
T.a.v. de directie
Postbus 366
3100 AJ Schiedam

Wij zullen uw klacht uiterst zorgvuldig behandelen. Het kan zijn, dat u na het indienen van uw klacht door het zorgkantoor wordt benaderd voor een nadere toelichting. De afhandeling van uw klacht zal uiterlijk zes weken in beslag nemen. Het zorgkantoor informeert u per brief over de uitkomst.