Załącznik nr 1 – Formularz zgłoszenia skargi/reklamacji
do Regulaminu R-ADM-01
z dnia 01.03.2026 r.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SKARGI/REKLAMACJI

1. Dane Klienta (imię, nazwisko, numer PESEL lub data urodzenia, adres zamieszkania, telefon kontaktowy): _____

_____

_____

2. Data, godzina i forma zgłoszenia reklamacji: _____
3. Dane pracownika, którego reklamacja dotyczy (imię, nazwisko, stanowisko):

_____

4. Istota reklamacji (czego dotyczy, opis zdarzenia):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych
Administratorem danych osobowych jest Centrum Medyczne „SANITAS" Sp. z o. o. z siedzibą w Lublinie, ul. Okopowa 3.
Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych są dostępne na stronie internetowej cmsanitas.pl jako Polityka prywatności oraz w rejestracji. W sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych mogą się Państwo kontaktować z Inspektorem ochrony danych pisemnie, na adres e-mail: iod@cmsanitas.pl lub na adres siedziby Administratora z dopiskiem „Inspektor ochrony danych".

Czytelny podpis Klienta składającego reklamację: _____

Wypełnia pracownik CM Sanitas:

5. Dane pracownika przyjmującego reklamację (imię, nazwisko, komórka organizacyjna):

_____
(uzupełnia osoba odbierająca formularz, nie dotyczy złożenia reklamacji w formie elektronicznej lub pocztą)

6. Data i godzina przekazania reklamacji do Działu Obsługi Klienta: _____
7. Sposób rozpatrzenia reklamacji i podjęte w tym zakresie działania: _____
8. Data, godzina i forma (telefoniczna, pisemna) poinformowania Klienta o sposobie rozpatrzenia reklamacji:

_____