 mw M. Nuininga, mw M. Koenders, *huisartsen*

 **COMPLIMENT/SUGGESTIE FORMULIER**

**GEGEVENS VAN INDIENER:**

ACHTERNAAM: VOORLETTERS:

ADRES: POSTCODE:

PLAATS: TEL. NR:

**INDIEN HET ANDER DAN INDIENER BETREFT ( KIND, OUDER, PARTNER, ….. )**:

ACHTERNAAM: VOORLETTERS:

ADRES: POSTCODE:

PLAATS: TEL.NR:

**COMPLIMENT BETREFT**: ( EVT. DATUM: TIJD: )

O medisch handelen van de medewerker

O bejegening ( manier waarop medewerker met u praat/omgaat)

O organisatie van de praktijk

O administratieve of financiële afhandeling

O anders

**OMSCHRIJVING COMPLIMENT**:

Dit formulier kunt u sturen naar de praktijk ( Ausemsstraat 5 6665 DL Driel) of afgeven aan de assistente.