

Naam: \_\_\_\_\_ m/v\*  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Straat: \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

\* doorhalen wat niet van toepassing is.

Ik wil graag antwoord ontvangen.  Ik hoef geen antwoord te ontvangen.

Dit ingevulde formulier kunt u in de bussen in de centrale hal, de polikliniek-ingang, de SEH-ingang, de liftenhal of de buitenpoli in het gezondheidscentrum Saendelft deponeren. U kunt het formulier ook thuis invullen en naar het ziekenhuis terugsturen. In dat geval kunt u het formulier op de stip-pellijn vouwen en de rand dichtnieten of plakken. U kunt ook een envelop gebruiken. Een postzegel is niet nodig.

postzegel  
niet  
nodig

Zaans Medisch Centrum  
t.a.v. de klachtenfunctionaris  
Antwoordnummer 5  
1500 VC Zaandam

## Wat ik nog zeggen wil...



INFO INFO INFO  
INFO INFO INFO

Koningin Julianaplein 58  
1502 DV Zaandam  
Telefoon (075) 650 29 11  
[www.zaansmedischcentrum.nl](http://www.zaansmedischcentrum.nl)  
© afdeling Communicatie

