



Via dit formulier kunt u een klacht indienen. Dit formulier graag mailen naar apotheekdedonge@ezorg.nl. U kunt ons ook bellen 013 - 221 57 88.

Velden met een * zijn verplicht

Uw geslacht *

- Man
 Vrouw

Geboortedatum *

Adres *

Postcode *

Woonplaats *

Telefoonnummer *

E-mailadres *

In dit tekstblok kunt u beschrijven
waar u ontevreden over bent

Mijn klacht heeft betrekking op *

Welke wensen heeft u ten aanzien
van de voortzetting van uw klacht *

- Ik wil teruggebeld worden.
 Ik wil een antwoord per e-mail.
 Er hoeft geen contact met mij op genomen te worden,
maar ik wil dat mijn klacht wel geregistreerd wordt.

Dit formulier graag mailen naar apotheekdedonge@ezorg.nl