



## Klachtenformulier

Via dit formulier kunt u een klacht indienen. Dit formulier graag mailen naar [apotheekdedonge@ezorg.nl](mailto:apotheekdedonge@ezorg.nl). U kunt ons ook bellen 013 - 465 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](mailto:apotheekdedonge@ezorg.nl)