

FORMULAR DE SESIZARE ONLINE

Campurile marcate cu * sunt obligatorii !

- Numele si prenumele :
- Spitalul unde ati fost internat * :
- Sectia unde ati fost internat * :
- Data internarii *
DD/ MM/ YYYY
- Data externarii *
DD/ MM/ YYYY
- Sesizarea dumneavoastra vizeaza * :
 - Incalcarile ale drepturilor pacientului
 - Conditionarea serviciilor medicale
 - Abuzuri savarsite asupra personalului medico-sanitar
 - Alte aspecte
- Categoriile de personal implicate * :
 - Medici
 - Asistente medicale/ Asistenti medicali
 - Infirmiere
 - Brancardieri
 - Portari
 - Personal administrativ
 - Conducerea unitatii sanitare
 - Niciuna dintre variante
- Va rugam sa detaliiati sesizarea dumneavoastra (maximum o jumatate de pagina) :

- Ati mai sesizat aceasta problema si catre alte institutii/organisme?

Nu

Da Daca Da, catre ce institutie ?

- Sesizarea dumneavoastra va primi un raspuns in cel mai scurt timp posibil.

In acest scop, va rugam sa ne precizati care este modalitatea prin care doriti sa fiti contactat(a) : *

Telefonic Numarul de telefon _____

Prin e-mail E-mail _____

Prin posta Adresa _____

Nota :

Institutia noastra nu raspunde e-mailurilor al caror adresanti se identifica prin porecle, abrevieri, formulari neserioase.

Conform Legii 233/2002, art. 7 – Pozitiile anonime sau cele in care nu sunt trecute datele de identificare ale petitionarului nu se iau in considerare si se claseaza.