

Persoonlijke gegevens

Voorletter(s) en Achternaam:

Geboortedatum:

Straat en Huisnummer:

Postcode en Plaats:

Ondergetekende machtigt de hieronder vermelde persoon hem/haar te vertegenwoordigen in de klachtenprocedure. De machtiging heeft betrekking op de gehele klachtenprocedure van het LangeLand ziekenhuis.

Gegevens Gemachtigde

Voorletter(s) en achternaam:

Geboorte datum:

Postcode en Plaats:

Straat en huisnummer:

Telefoonnummer:

Emailadres:

Relatie tot klager:

Ondertekening

Plaats:

Datum:

Uw handtekening:

Handtekening gemachtigde:

De ingevulde en ondertekende machtiging kunt u uploaden bij het klachtenformulier op de website of een scan van de machtiging mailen naar: klachtenfunctionaris@llz.nl
Ook kunt u het formulier opsturen naar:

Het LangeLand Ziekenhuis
t.a.v. de klachtenfunctionaris
Antwoordnummer 10270
2700 VB Zoetermeer