**Suggestie/feedback formulier**

|  |
| --- |
| **Uw Gegevens**  Naam:  Geboorte datum:  Adress:  Tel:  E-mail: |
| Uw suggestie en/of feedback:   * Datum wanneer formulier wordt in geleverd: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Gaat het over een medisch handeling? * Gaat het over het manier van omgaan met patient? * Iets anders? |

|  |
| --- |
| Omschrijving van de suggestive/feedback: |

|  |
| --- |
| Advies hoe het anders kan zijn? |

|  |
| --- |
| U kunt dit formulier afgeven bij:   * Box buiten office * Per mail: [info@amarearuba.com](mailto:info@amarearuba.com)   Wij nemen telefonisch en/of schriftelijk contact met u binnen 4-6 weken. |