

FORMULARUL DE SESIZARE ON-LINE

Campurile marcate cu * sunt obligatorii !

- Nume si prenume *

- Numarul de telefon

- Adresa:

- Email

- Spitalul unde ati fost internat

- Sectia pe care ati fost internat

- Data internarii *

 DD / MM / YYYY

- Data externarii *

 DD / MM / YYYY

- Sesizarea dvs. vizeaza:

Calitatea serviciilor medicale

Incalcare ale drepturilor pacientului

Fapte de coruptie

Alte aspecte

- Categoriile de personal implicate:

Medici

Asistente medicale

Infirmiere

Brancardieri

Portari

- Serviciul administrativ
- Directia spitalului
- Nici una din variante
 - Va rugam sa detaliami sesizarea dvs.:

- Ati mai sesizat aceasta problema si catre alte institutii/organisme?
 - Nu
 - Da
 - Daca Da, catre ce institutie:
 - **Sesizarea dvs. va primi un raspuns în cel mai scurt timp posibil.**
 - In acest scop, va rugam sa ne precizati care este modalitatea prin care doriti sa fiti contactat(a): *
- Telefonic
- Prin email
- Prin posta
 - Introduceti datele de contact *