



Formulier voor een klacht in het kader van de wet Wkkgz

Aan de Klachtenfunctionaris

Dr. Poletlaan 39, kamer B0.09, Postvak DP 3918

5626 NC EINDHOVEN

E: klachtenfunctionaris@zorgbelang-brabant.nl | www.ggze.nl

Naam:

Geboortedatum:

Telefoonnummer en e-mailadres:

----------------------	----------------------

Adres:

Postcode en woonplaats:

----------------------	----------------------

Afdeling/eenheid:

Juridische status:

Ik ben :

☐ Cliënt	☐ Familie van cliënt	☐ Partner van cliënt	☐ Vriend/kennis van cliënt	☐ Anders, nl:
---------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

Beschrijf uw klacht, inclusief naam afdeling en/of medewerker:

(*): door ondertekening van dit formulier verleen ik toestemming aan de Klachtenfunctionaris om met betrokkenen bij deze melding contact op te nemen.

Datum:

Handtekening (*):

.....

