

	PROTOKÓŁ REKLAMACJI DOSTARCZANIA POSILKÓW Nr / r.	F- 01/PZ
		Wydanie: 01 Data: 23.08.2018

Data zgłoszenia reklamacji:	
Nazwa i adres wykonawcy usługi cateringu:	
Nazwa i adres podmiotu zgłaszającego reklamację:	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Turku ul. Poduchowne 1, 62-700 Turek
Nazwa oddziału szpitalnego:	
Data dostarczenia posiłku:	
Rodzaj posiłku:	
Rodzaj diety:	
Rodzaj reklamacji (właściwe zaznaczyć x)	☐ Reklamacja jakościowa ☐ Reklamacja ilościowa ☐ Inne
Określenie przedmiotu reklamacji oraz uzasadnienie reklamacji:	
Żądanie reklamującego usługę:	
Uwagi:	
podpis i pieczęć osoby odpowiedzialnej za nadzór nad usługą cateringu	podpis i pieczęć dyrektora lub osoby upoważnionej