

Eingangsformular

Beschwerdemanagement

Klinikum Würzburg Mitte gGmbH
 Beschwerde-Management
 Salvatorstr. 7
 97074 Würzburg

Beschwerdeführer:

möchte anonym bleiben

Name:		Telefon:
Vorname:		
Straße:		E-Mail:
Wohnort:		

Standort / Abteilung:

Standort:	<input type="checkbox"/> Juliussspital <input type="checkbox"/> Missioklinik
Abteilung:	

Bitte beschreiben Sie Ihr Anliegen, wir nehmen zeitnah mit Ihnen Kontakt auf:

Bearbeitung:

Eingangsdatum:		Unterschrift:
Bearbeitet von:		
Abgeschlossen am:		