**ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΛΛΑΣ Ημερομηνία: …. / …./ 2024**

**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΔΕΣΣΑΣ ΓΡ.Π.Δ.Λ.Υ.Υ: Αρ.Πρωτ. ………**

**ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ**

**ΛΗΠΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ**

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑ**

**ΕΠΩΝΥΜΟ : ………………………………………………………………………........**

**ΟΝΟΜΑ : ……………………………………………………………………….........**

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:………………………………………………………………………………**

**ΤΗΛΕΦΩΝΟ :………………………………… …………………………………………..**

**E-MAIL : …………………………………..…………………………………………**

**ΕΔΕΣΣΑ-** Ημερομηνία**: ……………………………………………………………..**

 Αναφέρομαι στο πρόβλημα που συνάντησα στο νοσοκομείο σας σχετικά με

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

 **ΥΠΟΓΡΑΦΗ**