

Schadeformulier Indienen zaakschade

Ondergetekende,

Naam:

Voorletter(s):

Adres:

Telefoon:

Postcode en woonplaats:

Geboorte datum: / /

IBAN nummer:

E-mail adres:

Hierbij stel ik het Elkerliek ziekenhuis aansprakelijk voor een geleden zaakschade.

Naam van de betrokken medewerk(st)er:

Afdeling:

Incident: / /

Omschrijf hieronder zo duidelijk mogelijk wat er is voorgevallen en waaruit de schade bestaat.

Datum aanschaf: / /

Hoogte aanschafwaarde*: €

Is reparatie/vervanging mogelijk?	Ja	Nee
-----------------------------------	----	-----

Indien van toepassing: wat waren de kosten die u heeft gemaakt*? €

* De schade kan niet in behandeling genomen worden indien de aankoop en/ of reparatiefactuur niet is bijgevoegd.
Is deze niet meer in uw bezit, dan volstaat een duplicaatbon, pintransactie of bankafschrift.

Is dit formulier namens de patiënt is ingevuld, dan graag hieronder uw gegevens invullen.

Naam: Voorletter(s):

Adres:

Postcode en woonplaats:

Plaats,

Datum, / /

Handtekening

U kunt dit formulier uitprinten en met de bijlagen opsturen naar:
afdeling Cliëntenbelangen
Elkerliek ziekenhuis
Postbus 98
5700 AB Helmond

U kunt dit formulier en de bijlagen ook naar de afdeling Cliëntenbelangen mailen. Vergeet u daarvoor niet dit formulier eerst op te slaan alvorens dit te verzenden naar clienbelangen@elkerliek.nl.

Voor vragen over de procedure of dit formulier kunt u contact opnemen met de afdeling Cliëntenbelangen, telefonisch via 0492-59 51 04 of per e-mail: clienetenbelangen@elkerliek.nl.