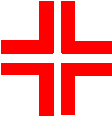
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ **Δ2**



6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 141

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΩΝ**

Ημ/νία:

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ/ΕΠΙΣΚΕΠΤΗ** |

Ονοματεπώνυμο :

Συγγενής ασθενούς:

Άλλη

Ιδιότητα : Ασθενής:

Διεύθυνση: Τ.Κ.-Πόλη: Τηλ.:

E-mail:

|  |
| --- |
| **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ** |
| Ποιόν ή ποιους αφορά: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Σε ποιόν υποβλήθηκε: |
|  |
|  |

υπογραφή

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριων Υπηρεσιών Υγείας-**

**Τ.Κ. 24100 – 27213 63190)**