

Klachtenformulier

Gegevens

Voorletters:..... Geslacht:.....
Achternaam:..... Geboortedatum:.....
Adres:..... BSN-nummer:.....
Postcode:..... Zorgverzekeraar:.....
Woonplaats:..... Polisnummer:.....
Telefoonnummer:..... E-mailadres:.....
Mobiel:..... Audicien:.....
(indien noodzakelijk)

Klachtomschrijving (in te vullen door klant)

Onderwerp klacht (product):.....
Gaarne contact opnemen via: huistelefoon/mobiel/schriftelijk/e-mail
Omschrijving klacht:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Klachtafhandeling (in te vullen door HearSolutions B.V.)

Ontvangen door:.....
Datum ontvangst:.....
Afhandeling klacht:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Na het indienen van een klacht wordt deze in behandeling genomen door de klachtenfunctionaris. Binnen een termijn van 2 weken zal er contact met u opgenomen worden over de ingediende klacht. Als u een voorkeur heeft hoe er contact met u opgenomen wordt, kunt u dat in de klachtomschrijving noteren.

Datum:..... Handtekening.....

