

**Bicske Egészségügyi Központ Nonprofit Kft.
Bejelentőlap**

Bejelentő adatai	
Név	
Cím	
E-mail cím	
Telefon	

A bejelentés tárgya és leírása

(a bejelentésre okot adó cselekmény, esemény, magatartás, panasz lehetőség szerint részletes leírása)

A bejelentésben érintett személy(ek) / szervezeti egység(ek) megnevezése (ha ismert)

A bejelentéshez csatolt, a bejelentés hitelességét alátámasztó dokumentumok felsorolása
(eredeti vagy hiteles másolat szükséges)

Egyéb észrevételek, javaslatok

Aláírással hozzájárulok, hogy személyes adataimat a bejelentés kivizsgálására feljogosított személyek / szervek a kivizsgálás céljából kezeljék.

Kelt:

.....
Aláírás