

Formulario de quejas



Información de contacto

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Información sobre la queja

Tipo de queja: _____

En contra de: _____ Número de teléfono (si se conoce): _____

Dirección: _____

Notas adicionales

No escriba por debajo de este renglón:

Para ser rellenado por un miembro del personal del Departamento de Salud Pública del Condado Klamath

Fecha recibida:

Queja tomada por: