

# Landelijke Klachtencommissie Medische Hulpmiddelen

## Klachtenformulier

(In te vullen door cliënt)

### Gegevens cliënt

Naam:

Adres:

Postcode:

Plaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

### Gegevens leverancier

Naam leverancier:

Contactpersoon leverancier:

Vestigingsplaats leverancier:

Ordernummer (indien van toepassing):

Klachtomschrijving (eigen tekst invullen, eventueel gebruik maken van een extra pagina voor meer informatie)

---

---

---

---

---

---

---

---

### Aard van de klacht

Levertijd

Kwaliteit van het product

Onjuiste of onvolledige informatie

Bejegening

Anders nl

---

---

**Klacht structureel of incidenteel** \_\_\_\_\_

**Datum afhandelen klacht door leverancier** \_\_\_\_\_  
(indien van toepassing document toevoegen)

*Zijn alle relevante documenten toegevoegd aan uw klacht?*

**Plaats, datum en handtekening cliënt**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

