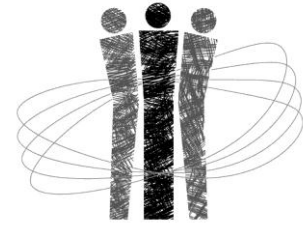


**VRAGENFORMULIER GESCHILLENCOMMISSIE
ZELFSTANDIGE KLINIEKEN**

DOSSIERNUMMER:

(wordt door De Geschillencommissie ingevuld)



de geschillencommissie

Wij verzoeken u dit formulier volledig en duidelijk leesbaar in te vullen.

*Aanvinken wat van toepassing is.

U kunt dit formulier sturen naar:

Postbus 90600

2509 LP Den Haag

1. Consument

mevrouw heer *

voorletters :

telefoonnr. overdag :

naam :

telefoonnr. 's avonds :

adres :

giro- bankrek.nr.*:

postcode :

woonplaats :

Geboortedatum :

2. Zelfstandige kliniek

naam :

telefoonnr :

adres :

faxnummer :

postcode :

plaats :

3. Onderwerp van geschil

3.1 Op welke behandeling, het uitblijven daarvan of andere gebeurtenis heeft uw klacht betrekking?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.2 Wanneer is uw klacht ontstaan? :

4.3 Wanneer heeft u voor het eerst uw klachten schriftelijk aan de kliniek kenbaar gemaakt? :

4.4 Wanneer heeft u antwoord ontvangen van de kliniek? :

4.5 Heeft de kliniek u een aanbod gedaan? : ja nee*
Zo ja, op welke datum? :
En hoe luidt dit aanbod?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.6 Geef een overzicht van de kosten die u in verband met uw klacht(en) heeft moeten maken:
.....
.....
.....
.....
.....

4.7 Wat is uw voorstel ter oplossing van dit geschil?
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Benodigde stukken

Controleer of u de volgende stukken in uw bezit heeft en stuur deze direct mee met het ingevulde vragenformulier:

- de overeenkomst die u met de wederpartij heeft afgesloten;;
- de eerste klachtbrief aan de wederpartij;
- het antwoord van de wederpartij en/of van hun aansprakelijkheidsverzekeraar;
- de relevante facturen (bijvoorbeeld facturen ter onderbouwing van uw schade);
- alle overige stukken die u relevant acht voor de beoordeling van uw geschil.

Let op! U dient (een kopie van) de stukken, (enkelzijdig gekopieerd) in A4-formaat, direct bij inlevering van het vragenformulier compleet in te sturen, teneinde vertraging in de behandeling van het geschil te voorkomen.

Ondergetekende, vermeld onder 1, verklaart zich te onderwerpen aan de bepalingen van het reglement van de Geschillencommissie Zelfstandige Klinieken en de uitspraak van de Geschillencommissie als bindend te aanvaarden.

Ondergetekende geeft voorts toestemming aan de Commissie desgewenst het gehele medische dossier - inclusief de medische en paramedische gegevens - bij de kliniek op te vragen, alsmede toestemming aan de kliniek om dit dossier gevraagd en ongevraagd aan de Commissie ter beoordeling van het geschil toe te zenden.

Plaats :

Datum :

Handtekening :

Onderstaande machtiging moet u alleen invullen (en ondertekenen) als u niet zelf maar een ander namens u de procedure bij de Geschillencommissie zal voeren. In dat geval zullen verdere correspondentie en overige contacten van en naar de Geschillencommissie via deze vertegenwoordiger verlopen.

MACHTIGING

Ondergetekende verklaart dat

Naam : mevrouw heer *

Adres :

Postcode :

Woonplaats :

in dit geschil als zijn vertegenwoordiger zal optreden.

Handtekening (van degene vermeld onder vraag 1):