

## REKLAMACJA / OPINIA O POSIŁKU

Data.....

Imię i Nazwisko .....

*(Zgłoszenie może zostać złożone anonimowo. W przypadku chęci otrzymania odpowiedzi oraz rozpatrzenia reklamacji przez Dział Żywnienia prosimy o podanie imienia i nazwiska oraz podpis pod uwagami)*

Nazwa Oddziału.....

Rodzaj posiłku (proszę podkreślić właściwe):

- Śniadanie
- II śniadanie
- Obiad
- Podwieczorek
- Kolacja
- II Kolacja

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis.....

Wypełniony formularz należy złożyć w dyżurce pielęgniarek właściwego oddziału, na którym Państwo przebywają, albo przesłać na adres e-mail: [zywienie@wss.olsztyn.pl](mailto:zywienie@wss.olsztyn.pl)