

Hyvinvointipalvelut

Muistutus toimitetaan Kotkan kaupungin
kirjaamoon, PL 205, 48101 Kotka

Vastaanotettu, pvm.

Asiakkaan henkilötiedot	Sukunimi ja etunimet		Henkilötunnus
	Lähiosoite		Puhelinnumero (työ/koti)
	Postinumero	Postitoimipaikka	
	Alaikäisen holhooja ja hänen osoitteensa		
Muistutuksen tekijä (jos muu kuin asiakas)	Nimi		
	Lähiosoite		Puhelinnumero (työ/koti)
	Postinumero	Postitoimipaikka	
Muistutuksen kohde	Toimintayksikkö		
	Tapahtuma-aika		
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)		
Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa eri liitteellä)			
Vaatimukset			
Päiväys ja allekirjoitus	Päiväys	Allekirjoitus	
Asiakkaan suostumus	Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveyspalvelujen järjestäjä saa antaa asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.		
	Asiakkaan allekirjoitus		
Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan oikeutta hakea muutosta tai kannella asiasta. Muistutukseen on vastattava kohtuullisessa ajassa. (Asiakslaki 23 §).			

**Tapahtuman
kuvaus /
Vaatimukset**