

Bijlage – Machtiging tot inzage en/of verkrijgen van behandelgegevens

Naam klager	
Adres	
Postcode & Plaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

Hierbij verklaar ik,, toestemming te verlenen aan de klachtencommissie en de ambtelijk secretaris van Stichting Werk op Maat en aan de bij de klachtsituatie betrokken medewerkers van deze zorgaanbieder om mijn zorgdossier bij deze instelling in te zien en/of een afschrift te verkrijgen, ten behoeve van de behandeling van de op door of namens mij ingediende klacht en ten behoeve van het voeren van verweer door de betreffende medewerkers.

Datum	:	
-------	---	--

Plaats	:	
--------	---	--

Handtekening	:	
--------------	---	--