



RoderConsult Re-Integratie BV

Schijndelseweg 46
5491 TB SINT-OEDENRODE

E info@roderconsult.nl

I www.roderconsult.nl

KLACHTENFORMULIER

Met dit formulier kunt u een klacht indienen over de manier waarop u behandeld bent door een van onze medewerkers.

U dient dit formulier volledig ingevuld en ondertekend aan ons te verzenden.

Gegevens cliënt :

Voorletters en achternaam :

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

BSN : _____

Geboortedatum : _____

Tegen wie richt zich de klacht?

Beschrijving van het gedrag of het voorval waartegen de klacht zich richt;

Waar en wanneer heeft het voorval zich voorgedaan?

Heeft u uw klacht eerder al telefonisch of mondeling doorgegeven?
Zo ja, aan wie en wanneer?

Overige opmerkingen:

(Indien van toepassing)

De volgende bijlagen zijn bijgevoegd:

Plaats Datum Handtekening