your COMMUNITY HEALTH

ACN 136 472 403
ABN 31 905 329 561

Η ΓΝΩΜΗ ΣΑΣ
ΕΝΤΥΠΟ ΑΠΟΨΕΩΝ ΠΕΛΑΤΩΝ
Your Say Form (in Greek)

Εκτιμώνται οι απόψεις, οι προτάσεις ή τα παράπονά σας για τις υπηρεσίες μας

Ημερομηνία:	
Όνομα:	
Επώνυμο:	
Διεύθυνση:	
Ταχ. Κώδικας:	
Αριθμός τηλεφώνου:	
Email:	
Τοποθεσία της υπηρεσίας: *(σημειώστε √)*	☐ Κέντρο Υγείας East Reservoir ☐ Κοινοτικό Κέντρο East Reservoir ☐ Κέντρο Υγείας Northcote ☐ Κέντρο Υγείας PANCH (Preston) ☐ Άλλο *(διευκρινίστε)*_____
Είδος άποψης ή γνώμης *(σημειώστε √)*	☐ Παράπονο ☐ Φιλοφρόνηση/Ευχαριστώ ☐ Πρόταση
Θέλετε να επικοινωνήσουμε μαζί σας για το θέμα αυτό;	☐ Όχι ☐ Ναι
Είστε: *(σημειώστε √)*	☐ Πελάτης ☐ Γραφείο ☐ Κάτοικος ☐ Φροντιστής/Συγγενής ☐ Άλλος *(διευκρινίστε)* _____
Λεπτομέρειες της άποψης ή γνώμης σας. (Παρακαλούμε αναφέρετε τη σχετική ημερομηνία, ώρα και το μέλος του προσωπικού).	

Mailing address:
125 Blake Street
East Reservoir VIC 3073

T (03) 8470 1111
F (03) 8470 1107
E info@yourcommunityhealth.org.au

YOURCOMMUNITYHEALTH.ORG.AU

Λεπτομέρειες της άποψης ή γνώμης σας (συνέχεια).

Δώστε αυτό το έντυπο σε μέλος του προσωπικού, βάλτε το στο παρεχόμενο κουτί ή ταχυδρομήστε το σημειώνοντας στο φάκελο Private & Confidential στη διεύθυνση:

General Manager Quality, Innovation and Integration, 125 Blake Street, East Reservoir, 3073. Ή μπορείτε να τηλεφωνήσετε στο (03) 8470 1111.

FOR OFFICE USE ONLY	
Date received:	**VHIMS No:**