

Centrum Algemeen Welzijnswerk
Liberaal Mutualiteit Oost-Vlaanderen

Brabantdam 109 9000 GENT

Tel. 09.223 19 76

Fax. 09.224 11 74

Datum:.....

Afdeling:

KLACHTENFORMULIER

Indiener van de klacht:

Naam:

Adres:

Telefoonnr:.....

Omschrijving van de klacht:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Handtekening