

UPPGIFTSLÄMNARE

| | | | |
|---|-----------------------|---|--|
| Dagens datum* | Förnamn och efternamn | | |
| Gatuadress | | Postnummer och postort | |
| Telefon dagtid | Telefon kvällstid | E-postadress | |
| Berörd person om annan än uppgiftslämnare | | Önskar svar via* Brev Telefon E-post Inget svar | |

Vänligen notera: För att få svar i ärendet krävs att korrekta kontaktuppgifter har angivits.

DEFINITION

| |
|---|
| Berörd verksamhet/enhet/avdelning* |
| Synpunkten/Klagomålet avser <input type="checkbox"/> Bemötande/Personal <input type="checkbox"/> Delaktighet/Inflytande <input type="checkbox"/> Lokaler/Miljö <input type="checkbox"/> Information <input type="checkbox"/> Mat <input type="checkbox"/> Taxor/Avgifter <input type="checkbox"/> Tillgänglighet <input type="checkbox"/> Transporter <input type="checkbox"/> Trygghet <input type="checkbox"/> Utförande <input type="checkbox"/> Valfrihet <input type="checkbox"/> Övrigt |
| Vid övrigt specificera |
| Beskrivning* |
| Uppgiftslämnarens förslag till förbättring |