


# Klachtenregistratie

<b>MedicALS</b>	
<b>Gegevens Cursist</b>	
Naam	
Adres	
Postcode/woonplaats	
Telefoon overdag	
E-mailadres	
<b>Klacht</b>	
Datum klacht	
Datum cursus	
Datum contact	
Omschrijving van de klacht	
Toelichting	