



Namn på verksamhet/enhet
Beskriv synpunkten / klagomålet / förbättringsförslaget

**Kontaktuppgifter**

Namn	Telefonnummer
Adress eller e-postadress	
Jag vill vara anonym:    Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	

Ansvarig handläggare på staben för kvalitetsutveckling kommer att ta kontakt med dig när blanketten har inkommit. Därefter kommer berörd verksamhet att utreda och besvara det som framkommit i beskrivningen.

**Blanketten sänds till:**  
**Solna stad**  
**Omvårdnadsförvaltningen**  
**Staben för kvalitetsutveckling**  
**171 86 Solna**