Bitte teilen Sie uns Ihr Anliegen mit!

|  |
| --- |
|  |

Falls Sie über die Bearbeitung informiert werden möchten, füllen Sie bitte auch die weiteren Felder aus.

|  |
| --- |
| Name: |
| Vorname: |
| Straße: |
| Hausnummer: |
| PLZ: |
| Ort: |

Bitte schicken Sie Ihr Anliegen per Mail an unser Qualitätsmanagement: [qm@donkliniken.de](mailto:qm@donkliniken.de)

Wir bedanken uns für Ihre Mitteilung und werden diese sorgfältig und umfassend bearbeiten!