Załącznik nr 6

do opisu przedmiotu zamówienia

**KARTA REKLAMACJI POSIŁKU**

w 109 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie

**1. Rodzaj diety, której dotyczy reklamacja:**

a) podstawowa,

b) cukrzycowa,

c) lekkostrawna

d) ……………..

**2. Posiłek, którego dotyczy reklamacja:**

a) śniadanie,

b) II śniadanie,

c) obiad,

d) podwieczorek,

e) kolacja

**3. Podaj nieprawidłowości w reklamowanym posiłku:**

a) posiłek w całości niezgodny z dziennym jadłospisem,

b) posiłek w części niezgodny z dziennym jadłospisem, której części składowej posiłku dotyczy niezgodność z jadłospisem dziennym ?

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

* 1. niewłaściwa godzina dostarczenia posiłku....................................

d) niezgodna z zamówieniem ilość posiłków z diety podstawowej.....................

e) niezgodna z zamówieniem ilość posiłków z diety cukrzycowej......................

f) niezgodna z zamówieniem ilość posiłków z diety lekkostrawnej....................

g) brak jednego ze składników posiłku lub jego części(posiłek niepełny), którego?.......................

h) zbyt mała porcja posiłku całkowitego, którego?...............................................

i) zbyt małe porcje składników wchodzących w cały posiłek, których składników posiłku ?

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

j) niewłaściwa temperatura posiłku: zbyt niska, którego?......................./ zbyt wysoka, którego………………….

k) mała ilość napoju do posiłku (minimum 350 ml),

4. **Niezgodności dotyczące pojemników, w których podawane są posiłki pacjentom pozostającym w oddziałach:**

a) uszkodzony pojemnik.........................

b) pojemniki niezabezpieczone przed wylewaniem się zupy i napojów..................................................

c) nie oznakowane oddziały i diety na pojemnikach................................................................................

5. Inne niezgodności

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

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

6. Data i podpis pielęgniarki dyżurnej stwierdzającej niezgodność posiłku w oddziale i zgłaszającej reklamację

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

7. Potwierdzenia i przyjęcia karty reklamacji posiłku dostarczanego do oddziału, dokonuje osoba Wykonawcy dostarczająca posiłki pacjentom.

Legenda:

a) właściwe zaznaczyć kółkiem lub podkreślić,

b) w miejscu kropek wpisać właściwe stwierdzenie.