



Nous aimerions connaître votre opinion !

Coordonnées

Nom

Prénom

Lieu de résidence.....

Adresse mail

Votre expérience à la Klinik St. Josef

.....

.....

.....

.....

.....

Souhaitez-vous avoir un retour de nous ?

Oui

Non

Si oui, qu'est-ce qu'on peut faire pour vous ?

.....

.....

.....

.....

Est-ce que nous pouvons partager votre expérience avec d'autres ?

Oui

Non