

Reclami Clienti

Generalità Cliente

Nome	Cognome	Sesso	Età
Titolo di studio		Professione	

Motivazione del Reclamo

Data: _____

Firma Cliente/Compilatore _____



Spazio Riservato Alla direzione sanitaria

Analisi delle cause:

Soluzione proposta:

Comunicata al cliente il	Modalità:
Esito reclamo: <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg	Segue RNC n°
Data:	Firma Responsabile: