ALMA RES

UNI EN ISO 9001:2008 CERTIQUALITY SISTEMA DI GESTIONE QUALITÀ CERTIFICATO

Scheda Reclami

Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nella nostra Struttura, sul personale che vi opera e sui servizi che esso offre.

In caso di reclamo La preghiamo di voler oggettivare la Sua segnalazione compilando i seguenti campi.

Nome e Cognome_____

Via_____**n°**_____**Città**_____**Prov.**_____

Recapito telefonico_____

Segnalazione da effettuare

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Data ___/___/_____ **Firma**_____

I dati inseriti nel presente modulo sono soggetti alla massima riservatezza così come disposto dal GDPR n. 2016/679 (normativa sulla privacy). Si prega il gentile paziente di compilare il modulo in tutte le sue parti per poterla contattare per la soluzione di eventuali disservizi.

Spazio Riservato all'Accettazione

Segnalazione

☐ **Telefonica** ☐ **Verbale** ☐ **E-mail**

Eventuali note _____

_____

_____

_____

Data ___/___/___ Firma Operatore_____