DERMATOLOGIA BELLUCO DI BELLUCO LEOPOLDO SAS	RECLAMO PAZIENTE	
		Data 25/01/2024

UNA VOLTA COMPILATO VA INVIATO A leopoldobelluco@virgilio.it

NUMERO:…… **DATA:……..**

ORIGINE DEL RECLAMO

DATI ANAGRAFICI CLIENTE-PAZIENTE:

NOME: _____ COGNOME_____

Data e Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

DESCRIZIONE E CAUSE DEL RECLAMO

MOTIVO DEL RECLAMO (riferimenti):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma:

SOLUZIONE DEL RECLAMO – RISERVATO ALLA STRUTTURA

Azioni di Contenimento:

_____
_____
_____

Azioni Correttive:

_____
_____
_____

VERIFICA EFFICACIA DELLA SOLUZIONE E SODDISFAZIONE UTENTE

_____
_____
_____
_____
_____

Firma titolare studio