



Nominativo Paziente/Fornitore:.....
Operatore che riceve il reclamo:..... Data di ricevimento

Il presente reclamo verrà gestito entro 15 giorni dalla data di ricevimento.

Data di apertura del Reclamo/Ricorso:N° Rec.....Area.....

Descrizione del Reclamo/Ricorso:

Firma _____

SPAZIO RISERVATO

NOTE:

Il Reclamo/Ricorso risulta:

privo di riscontro rif. Non conformità N° _____ Risoluzione AC/AP N° _____

Protocollo lettera al Paziente:

Data chiusura:..... Il Responsabile Qualità:.....