

Scheda Reclami

Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nel nostro Poliambulatorio, 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. _____

Tel./Cell. _____

Servizi

- ☐ Laboratorio Analisi
☐ Radiologia
☐ Altro (Specificare _____)

Segnalazione da effettuare

Data ____/____/____

I DATI INSERITI NEL PRESENTE MODULO SONO SOGGETTI ALLA MASSIMA RISERVATEZZA COSÌ COME DISPOSTO DAL REGOLAMENTO EUROPEO

SI PREGA IL GENTILE CLIENTE DI COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI IN MODO TALE DA RENDERE POSSIBILE LA SUA RINTRACCIABILITÀ.

Spazio Riservato al Poliambulatorio

Segnalazione

- ☐ Telefonica ☐ Verbale ☐ E-mail

Trattamento:

Data ____/____/____

Firma Resp _____