



Dipartimento MI

MODULO

RECLAMO DA CLIENTE

Reparto di Parassitosi Alimentari e Neglette

MO/MAQ/01.IT

Rev. 2

Pag. 1 di 1

N°: _____ Anno _____

A cura di chi riceve la segnalazione

Segnalazione pervenuta da:

Descrizione:

Data: _____

Firma: _____

A cura del Direttore

Il reclamo è fondato? SI NO

Provvedimenti da adottare in seguito al reclamo (correzione dello specifico disservizio segnalato, azioni correttive, informazioni da comunicare al cliente):

Da attuare entro il: _____

Data: _____

Firma: _____

I provvedimenti pianificati sono stati attuati? SI NO

Comunicati al cliente il: _____

Il cliente si è dichiarato soddisfatto dei provvedimenti adottati? SI NO

Data: _____

Firma: _____



Dipartimento MI

MODULO
RECLAMO DA CLIENTE

Reparto di Parassitosi Alimentari e Neglette

MO/MAQ/01.IT

Rev. 2

Pag. 1 di 1

N°: _____ Anno _____

A cura di chi riceve la segnalazione

Segnalazione pervenuta da:

Descrizione:

Data: _____

Firma: _____

A cura del Direttore

Il reclamo è fondato? SI NO

Provvedimenti da adottare in seguito al reclamo (correzione dello specifico disservizio segnalato, azioni correttive, informazioni da comunicare al cliente):

Da attuare entro il: _____

Data: _____

Firma: _____

I provvedimenti pianificati sono stati attuati? SI NO

Comunicati al cliente il: _____

Il cliente si è dichiarato soddisfatto dei provvedimenti adottati? SI NO

Data: _____

Firma: _____