

RECLAMI CLIENTI

Generalità Cliente

Da inviare all'indirizzo: segreteria@clinicavilladelsole.it

Nome	Cognome	Sesso	Età
Titolo di studio		Professione	

Motivazione del Reclamo

Servizio.....

Data: _____ Firma Cliente _____

Spazio Riservato Alla Direzione

Analisi delle cause:

.....

.....

.....

Soluzione proposta:

.....

.....

Comunicata al cliente il _____ Modalità: _____

Esito reclamo: Pos. Neg. Segue RNC n° _____

Data: _____ Firma Responsabile _____

<input type="checkbox"/> Reclamo Verbale <input type="checkbox"/> Reclamo telefonico <input type="checkbox"/> Reclamo scritto
Data: _____ Firma Compilatore _____