

Casa di Cura SantoVolto	Rapporto Reclamo Cliente	Mod. PO06A01 Rev. 0
------------------------------------	---------------------------------	---------------------

Reclamo cliente n. del

Nominativo:

Reclamo ricevuto:

Raccolto da :

Descrizione del Reclamo

Analisi delle cause

Partecipanti

.....

Risoluzione da adottare

Da effettuare entro il

Responsabile risoluzione

Firma

Firma per approvazione del RDD

Verifica chiusura reclamo – Azione Correttiva

E' stato riscontrato che la risoluzione è stata: attuata non attuata

Si richiede l'apertura di una AC ? NO SI n.

Comunicazione al Cliente della chiusura del Reclamo

Comunicato il Fax E-mail Posta x Telefono

Firma RSGQ/DT

Data