

RECLAMI E DISSERVIZI

È possibile utilizzare il presente modulo per inviare un reclamo o segnalare un disservizio direttamente a AA Medical Division Service S.r.l..

Data __/__/____ Utente (Nome e Cognome):

1. DESCRIZIONE DEL RECLAMO / DISSERVIZIO:

(La preghiamo di indicarci, nella forma più possibilmente descrittiva, l'oggetto del suo reclamo o segnalazione di un disservizio):

2. SOLUZIONE DEL PROBLEMA:

(Se vuole può indicare una o più possibili soluzioni al problema/disservizio):

3. ULTERIORI SUGGERIMENTI:

(Se vuole può indicare ulteriori segnalazioni o suggerimenti a AA Medical Division Service S.r.l.):

4. MODALITÀ DEL RECLAMO:

(Indicare il mezzo con il quale il reclamo è stato inoltrato a AA Medical Division Service S.r.l.):

<input type="checkbox"/> Reclamo telefonico	Operatore che ha ricevuto il reclamo (nome e cognome): _____	Firma dell'operatore telefonico
<input type="checkbox"/> Reclamo presso la sede di AA Medical Division Service S.r.l.	Il reclamo è stato inoltrato da: <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Familiare o care-giver: _____	Firma dell'utente o del familiare
<input type="checkbox"/> Reclamo inviato per FAX, email o tramite posta	Il reclamo è stato inoltrato da: <input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiare o care-giver: _____	Firma del RdF AA Medical Division Service S.r.l.