



RECLAMO CLIENTE

Da compilare a cura del cliente o di chi rileva il reclamo

RECLAMO RICEVUTO DA _____	DATA _____
INDIRIZZO _____	TEL. _____
LOCALITÀ _____	
RECLAMO REGISTRATO DA: _____	
SEGNALAZIONE	
<input type="checkbox"/> TELEFONICA	<input type="checkbox"/> VERBALE
<input type="checkbox"/> E-MAIL	<input type="checkbox"/> FAX
DESCRIZIONE DEL RECLAMO: _____	

Da compilare a cura del Responsabile Assicurazione Qualità

NUMERO PROGRESSIVO RECLAMO: _____	DATA _____						
TIPOLOGIA DEL RECLAMO:	<input type="checkbox"/> TECNICO	<input type="checkbox"/> ORGANIZZATIVO					
DECISIONE OPERATIVA: _____							

FUNZIONI COINVOLTE NEL RECLAMO:							
<input type="checkbox"/> OSS (Operatore Segreteria)	<input type="checkbox"/> RS (Resp. Sezione)	<input type="checkbox"/> DT/RL (Dir. Tecnico/ Resp. Lab)	<input type="checkbox"/> RAQ				
FIRMA _____							

NOTA SCRITTA AL CLIENTE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	PROT. N° _____				

AZIONE PROPOSTA: _____							

DATA ATTUAZIONE	PREVISTA	EFFETTIVA	VERIFICA EFFICACIA	POSITIVA	NEGATIVA	DATA	FIRMA RAQ