

Reclami Clienti**Generalità Cliente**

Nome	Cognome	Sesso	Età
Titolo di studio		Professione	

Motivazione del Reclamo

Data: _____

Firma Cliente/Compilatore _____



Spazio Riservato Alla direzione sanitaria

r Analisi delle cause:

r Soluzione proposta:

Comunicata al cliente il	Modalità:
Esito reclamo: r Pos. r Neg	Segue RNC n°
Data:	Firma Responsabile: