



clinica Sant'Anna

BLU DEGENZA

ROSSO REPARTO OPERAT.

ARANCIO LABORATORIO

GIALLO RADIODIAGNOSTICA

VERDE AMBULATORIO

AZZURRA FARMACIA

Scheda Reclami

MOD. D.S./ CUSTOMER RECLAMO 16

Rev.03 del 01/05/2021

Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nella Casa di Cura Clinica S. Anna, sul personale che vi opera e sui servizi che essa offre.

In caso di reclamo La preghiamo di voler oggettivare la Sua segnalazione compilando i seguenti campi.

Nome e Cognome _____

Via _____ n° _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____

Servizi

- Regime Degenza Ambulatori Prestazioni strumentali Laboratorio

Segnalazione da effettuare

Data ___/___/___

Firma _____

I dati inseriti nel presente modulo sono soggetti alla massima riservatezza così come disposto dalla legge 196/2003. Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti per poterle comunicare la risoluzione del problema.

Spazio Riservato all'Accettazione

Segnalazione:

Telefonica

Verbale

E-mail

Eventuali note
