

Oggetto: Scheda di registrazione osservazioni, reclami e segnalazione disservizi

Sasso Marconi, lì .../ .../

Alla Direzione

Sig./ Sig.ra
abitante a telefono casa /
cellulare: / Fax / E mail:

La informiamo che la presentazione di un reclamo non costituisce i ricorsi amministrativi e giurisdizionali.

Oggetto della segnalazione

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vostri utili suggerimenti

.....
.....
.....
.....
.....

Firma

.....

La Direzione del Poliambulatorio Cavour La ringrazia per quanto da Lei segnalato, in quanto permetterà di migliorare il servizio da noi erogato



MARCONI S.R.L.

Direzione sanitaria: Dott. Daniele Rizzo
Via Bertacchi, 3 40037 Sasso Marconi – BO
P. Iva 00510001209 C.F. 00441690377
Telefono: 051841301 Fax:: 0516750456
Cap. Soc. I. V. 90.000.000 - C.C.I.A.A. 12340 - Reg. Imp. Trib. Bo N° B0006 – 12340
www.poliambulatoriocavour.it
E-MAIL info@poliambulatoriocavour.it

Il sottoscritto dichiara di prestare il proprio consenso all'utilizzo dei dati personali, solo ed esclusivamente dell'ambito della procedura riferita al presente reclamo e/o segnalazione ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs 196/03.

Firma