RECLAMO CLIENTE

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

RECLAMO EFFETTUATO DA _____ DATA _____

INDIRIZZO _____ TEL. _____

LOCALITÀ _____

RECLAMO REGISTRATO DA: _____

DESRIZIONE DEL RECLAMO: _____

_____

_____

_____

Da compilare a cura del Responsabile Assicurazione Qualità

NUMERO PROGRESSIVO RECLAMO: _____ DATA _____

TIPOLOGIA DEL RECLAMO: ☐ TECNICO ☐ ORGANIZZATIVO

AZIONE CORRETTIVA: _____

_____

_____

_____

DATA: _____ FIRMA _____

DATA PREVISTA VERIFICA EFFICACIA AZIONE CORRETTIVA: _____

ESITO POSITIVO ☺ _____

DATA CHIUSURA RECLAMO: _____ FIRMA _____

ESITO NEGATIVO ☹ _____

APERTURA NUOVA A.C. DATA: _____ FIRMA _____