



Sistema di Gestione della Qualità

M 9.1.2 Reclamo

Data em. 20.06.2017

Rev. 00

Pagina **1** di **1**

Alla c.a. Direzione Amministrativa
Direzione Sanitaria
Istituto Dosso Verde
Via Fasolo, 1
Pavia

Nome utente.....

Indirizzo..... Tel.....

Oggetto del reclamo:

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

Data o periodo al quale si riferisce il reclamo

Eventuali note

Data.....

Firma.....

Dosso Verde Pavia - Istituto Suore di Maria Consolatrice

