MEDICALIMAGING
POLISANITARIA IODICE

SCHEDA RECLAMO

ATTRAVERSO QUESTO MODULO PUÒ ESPORRE LA SUA OPINIONE SULL'ESPERIENZA VISSUTA NEL NOSTRO CENTRO, SUL PERSONALE CHE VI OPERA E SUI SERVIZI CHE ESSO OFFRE.

IN CASO DI RECLAMO LA PREGHIAMO DI VOLER OGGETTIVARE LA SUA SEGNALAZIONE COMPILANDO I SEGUENTI CAMPI.

Nome e Cognome_____

Via_____**n°**_____**Città**_____**Prov.**_____

Recapito telefonico_____

Segnalazione da effettuare:_____

Data ___/___/___ **Firma**_____

I DATI INSERITI NEL PRESENTE MODULO SONO SOGGETTI ALLA MASSIMA RISERVATEZZA COSÌ COME DISPOSTO DAL REGOLAMENTO UE SULLA PRIVACY (2016/679) E CODICE DELLA PRIVACY (D. Lgs 196/03 e s.m. ed i.).
SI PREGA IL GENTILE CLIENTE DI COMPILARE IL MODULO IN TUTTE LE SUE PARTI IN MODO TALE DA RENDERE POSSIBILE LA SUA RINTRACCIABILITÀ.

Spazio Riservato all'Accettazione

Segnalazione

☐ **Telefonica** ☐ **Verbale** ☐ **E-mail** ☐ **Fax**

Eventuali note_____

Data ___/___/___ **Firma Operatore**_____

La proprietà del presente documento è della società Polisanitaria Iodice S.p.A.
E' vietata la riproduzione, con qualsiasi mezzo, compreso la fotocopia, non autorizzata dalla Direzione.