

**Esculapio**

Centro di chirurgia ambulatoriale

Reclamo/segnalazione

Numero:

SPAZIO DA COMPILARE A CURA DELL'UTENTE

IDENTIFICAZIONE DEL RECLAMO/SEGNALAZIONE:

SEGUONO ALLEGATI

 SÌ NO**SPAZIO A CURA DEL PERSONALE DEL CENTRO ESCULAPIO SRL****PIANIFICAZIONE DELL'INTERVENTO DI RISOLUZIONE** RIESEGUIRE NON ACCETTARE RIPRISTINARE ALTRONOTE: _____

APERTURA RAPPORTO DI NON CONFORMITÀ

 SÌ NO

N. NON CONFORMITÀ

N:

RILEVATA DA

Data

Visto R.G.Q.

ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO DI RISOLUZIONELA RISOLUZIONE È _____

_____NOTE _____

RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE

OBBLIGO DI INFORMARE IL COMMITTENTE

 SÌ NO

DATA

RESPONSABILE APPROVAZIONE

DATA

EVENTUALE APPROVAZIONE COMMITTENTE

DATA
CHIUSURA

RESPONS. VERIFICA RISOLUZIONE ADOTTATA

Copia del presente documento può essere inviata a mezzo mail all'indirizzo info@esculapioitalia.it o consegnata presso la Segreteria del Centro.