

VILLA  NAPOLEON	RECLAMO	Mod2-P_GestNC
--	---------	---------------

Data		Numero	
------	--	--------	--

Estremi identificativi del reclamante _____

Descrizione del reclamo _____

Giudizio sul reclamo

(a cura del Direttore Sanitario e del Responsabile Qualità)

FONDATO <input type="checkbox"/>	NON FONDATO <input type="checkbox"/>
Rapporto di Non Conformità n° _____ / _____	

Note _____

Funzioni Aziendali coinvolte _____

Risposta comunicata in data _____

Il Responsabile Qualità _____

Il Direttore Sanitario _____

Il presente documento è proprietà della Casa di Cura Park Villa Napoleon srl e ne è vietata ogni forma di divulgazione non espressamente autorizzata