

Attraverso questo modulo può esporre la Sua opinione sull'esperienza vissuta nel nostro Laboratorio, 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 _____

in qualità di _____ del paziente/cliente _____

Via _____ n° _____ Città _____ Prov. _____

Recapito telefonico _____

Segnalazione da effettuare:

Data ___/___/___

Firma _____

*Ai sensi del Regolamento UE sulla Privacy (2016/679) e del Codice Privacy (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni), la **società GAMMA Analisi Cliniche S.r.l.**, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati della presente saranno oggetto di trattamento nel rispetto della Privacy.*

Si prega il gentile cliente/utente di compilare il modulo in tutte le sue parti in modo tale da rendere possibile la sua rintracciabilità.

Spazio Riservato all'Accettazione

Tipo di Segnalazione:

Telefonica Verbale E-mail Fax

Data ___/___/___

Firma Operatore _____

Tipologia di trattamento attuato: _____

Data e Responsabile attuazione trattamento: _____

Responsabile definizione dell'eventuale Azione Correttiva: _____