

LAB3 VERONA	SUGGERIMENTO / RECLAMO PAZIENTE	Versione n. 3 del 09/07/2019
Analisi Cliniche Gallieno Laboratorio Analisi Sabin Analisi Cliniche San Martino		N° S/R _____

GENERALITÀ

DATA: _____

SEDE (Punto di prelievo): _____

PAZIENTE _____

oppure OPERATORE SEGNALANTE _____

SUGGERIMENTO - RECLAMO

Autorizzo il trattamento dei dati sopra riportati al fine della gestione del presente reclamo.

Firma del Paziente: _____

Firma del Personale che ha ricevuto il reclamo: _____

RISPOSTA AL RECLAMO

Data _____ Firma Direzione _____

APPROVAZIONE DIREZIONE

Richiesta di Azione correttiva Noi Si N. _____