Clinica San Francesco

☐ **RINGRAZIAMENTO** ☐ **SUGGERIMENTO** ☐ **RECLAMO** **N°_____**

(Compilazione obbligatoria solo in caso di reclamo)

Dati Anagrafici:		
Nome		Cognome
Via		Città
Provincia	Cap	Tel.
E-mail		
Tipo di prestazione:		

PRESSO: ☐ **CLINICA SAN FRANCESCO**

☐ **CENTRO DIAGNOSTICO**

Oggetto della segnalazione:

Data _____ Firma:_____

Trattamento reclamo:

Come desidera ricevere una risposta?

☐ Invio e-mail

☐ Telefonicamente

☐ Invio raccomandata