Clinica San Francesco	□ **Ringraziamento** □ **Suggerimento** □ **Reclamo**	GHC GAROFALO HEALTH CARE **N°_____**

(Compilazione obbligatoria solo in caso di reclamo)

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