

RECLAMI/SUGGERIMENTI

Gentile Utente/Parente

La invitiamo a compilare il presente modulo, nel caso in cui volesse presentare un **reclamo/suggerimento sulla gestione del servizio, sul nostro personale o su qualsiasi altro aspetto collegato al nostro lavoro.**

Grazie per la collaborazione

DESCRIZIONE DEL RECLAMO/SUGGERIMENTO E AZIONE RICHIESTA

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

NOME: COGNOME:
VIA: CITTA'
TELEFONO: CELLULARE.....
Informativa Trattamento dati personali: In riferimento all'art. 13 del D. Lgs. 196/03, si comunica che i suoi dati personali saranno trattati in conformità alla normativa vigente e per le sole finalità connesse al servizio in oggetto.
Senza il Suo consenso non potrà essere dato seguito alla segnalazione ricevuta. L'Informativa completa è disponibile sul sito internet www.trustmedical.it alla sezione Privacy e presso le sedi della società.
Il/La sottoscritto/a autorizza al trattamento dei dati personali _____

DATA:

SPAZIO RISERVATO AL RESPONSABILE DELLA SOCIETA'

DATA DI ESITO SPEDITA IL : FIRMA: