



MOD/PG02/1  
Rev. 00 del 16/01/2018

### LABORATORI CLINICI STANTE SRL

Via Berretta Rossa, 51/A  
40133 Bologna (BO)  
e-mail: [zanardi1@labstante.com](mailto:zanardi1@labstante.com)  
Tel: +39 (051) 381571  
Fax: +39 (051) 384671  
[www.labstante.it](http://www.labstante.it)

C.F. e P.IVA.: 03267690372

### A CURA DELL'UFFICIO ASSICURAZIONE QUALITA'

N° Reclamo

Anno di Riferimento Gestione:

Data, firma responsabile

## MODULO DI RECLAMO DA PARTE DEL CLIENTE

Pagina 1 di 1

### 1. COMUNICAZIONE DEL RECLAMO (Campo da compilare a cura del Cliente che espone il Reclamo)

Indicare Nome e Cognome del Soggetto che espone il Reclamo (Se Azienda, indicare Azienda e generalità del Responsabile di Riferimento)

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

#### Oggetto del Reclamo

- Ritardo consegna RdP       Mancata consegna RdP       Difformità dall'ordine       Errore di fatturazione  
 Altro \_\_\_\_\_

#### Descrizione del Reclamo

Data invio Reclamo

Firma:

### 2. GESTIONE RECLAMO (Campo da compilare a cura del Laboratorio)

Preso in carico da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### Valutazione Reclamo

- Fondato       Non fondato

#### Commenti

Apertura NC?  Sì       No      Se sì, N° \_\_\_\_\_/(anno) \_\_\_\_\_

Data

Firma:

### 3. CHIUSURA RECLAMO (Campo da compilare a cura del Laboratorio)

- a) Chiusura senza apertura NC?  Sì       No  
    Cliente è:  Soddisfatto       Non soddisfatto  
b) Chiusura con apertura di NC?  Sì       No

Note

Data

Firma: