

MODULO DI RECLAMO SUI SERVIZI RICEVUTI

Il Poliambulatorio AZ MEDICA si impegna a fornire un'assistenza sanitaria di alta qualità e a garantire la massima soddisfazione dei propri pazienti. Il vostro feedback è essenziale per aiutarci a migliorare continuamente i nostri servizi.

Se desiderate segnalarci un problema, un disservizio o effettuare un reclamo, vi invitiamo a compilare il modulo sottostante. Ogni segnalazione sarà trattata con la massima serietà e riservatezza.

SPETT.LE

DIREZIONE SANITARIA

DEL POLIAMBULATORIO AZ MEDICA

VIA CENTRO 145 , VIGARANO MAINARDA , FERRARA

Oggetto: presentazione di reclamo sui servizi ricevuti dal Poliambulatorio _____

Il sottoscritto _____

residente a _____

in via/piazza _____

tel _____

con la presente intende reclamare per i servizi _____
ricevuti presso il Poliambulatorio AZ MEDICA in occasione del _____

avvenuto il _____

in quanto _____

(firma)

Le segnalazioni vanno presentate nei modi sopra elencati entro 15 giorni da quello del disservizio causa del reclamo e vanno indirizzate alla Direzione Sanitaria del Poliambulatorio tramite PEC :
azmedica2025@legalmail.it

Entro tre giorni l'ufficio chiede spiegazioni dal fatto ai responsabili del servizio interessato che a loro volta debbono rispondere entro sette.

La risposta avvera dopo 15 giorni .