



MODULO RECLAMO

Il sottoscritto (Nome) _____ (Cognome) _____

Residente nel comune di _____ prov _____ CAP _____

via _____ n. _____ tel _____

SEGNALA quanto segue:*

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

*(circoscrivere i fatti, indicando luogo e struttura organizzativa interessata)

Nome e cognome della persona che subisce il disagio _____

relazione di parentela con il segnalante _____

Data _____

Firma del dichiarante _____

Questo modulo può essere inviato via fax al numero 011 66 40 842 oppure consegnato nell'apposito box presso la reception di Promea S.p.A. via Menabrea 14 – 10126 Torino

Nome di chi riceve il reclamo (riservato a Promea S.p.A.) _____

Data di ricezione _____

PROMEA SpA

Day Surgery

Struttura privata e accreditata
S.S.N.Regione Piemonte
D.G.R.104-4642 del 26/11/01
D.G.R.66-7447 del 21/10/02

Via Menabrea 14
10126 Torino
Tel. 011 66 40 800
Fax 011 66 40 842

Registro Imprese CCLAA Torino
Cod.Fisc. e P.IVA n. 08029290015

info@promea.net
www.promea.net