FONDAZIONE "Porta Spinola"
MARIANO COMENSE (CO)

FOGLIO DI RECLAMO

Servizio interessato: Data _____

- ❑ SERVIZIO AMMINISTRATIVO
- ❑ SERVIZIO SANITARIO

Ospite Sig. _____ camera n. _____

Parente Sig. _____

DESCRIZIONE RECLAMO:

Firma

_____

N.B. Si prega cortesemente di compilare in stampatello e riconsegnare al centralino nell'apposito contenitore.