SISTEMA DI GESTIONEDI GRUPPO

RECLAMO

SERVIZIO DI LABORATORIO

Mod 11.1.7 Rev.0 del 03.01.17

Il presente modulo deve essere trasmesso a qas@acque.net, e.vichi@acque.net p.paoletti@acque.net

DATI DELCLIENTE CHE PRESENTA IL MODULO

CLIENTE NOME E COGNOME[1]_____

VIA_____N._____COMUNE_____

CAP_____TELEFONO_____ FAX_____ E-MAIL_____

INTESTATARIO DEL CONTRATTO _____

RECLAMO

PROBLEMI INCONTRATI:

[ ]_____

[ ]_____

[ ]_____

[ ]_____

[ ]_____

[ ]_____

CIRCOSTANZE DEI FATTI: DATA _____LUOGO_____

DESCRIZIONE_____

_____

_____

NOTA ALLEGATA PER SPAZIO INSUFFICIENTE [SI] [NO]

EVENTUALI DOCUMENTI GIUSTIFICATIVI (SI PREGA DI ALLEGARE IN COPIA)_____

_____

_____

FIRMA DEL CLIENTE

GESTIONE DEL RECLAMO CURA DI ACQUE SPA

DATA DI RICEZIONE _____

AZIONI INTRAPRESE:

DATA DI CHIUSURA_____

FIRMA PER ACQUE SPA _____