

DATA:	RECLAMO N°:
--------------	--------------------

<input type="checkbox"/> SCRITTO	<input type="checkbox"/> A VOCE
---	--

Rilevato da:	Cliente:
---------------------	-----------------

DESCRIZIONE E MOTIVAZIONE DEL RECLAMO

ANALISI DEI MOTIVI

DECISIONE PRESA	
<input type="checkbox"/> Contestazione	<input type="checkbox"/> Conciliazione

Documentazione prodotta

Data:	R.Q.:
--------------	--------------

E' NECESSARIA UN'AZIONE CORRETTIVA?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

AZIONE CORRETTIVA DEFINITA:	

Data:	R.Q.:	
--------------	--------------	--

VERIFICA AZIONE CORRETTIVA :	

Data:	R.Q.:	
--------------	--------------	--