

RILEVAZIONE APPREZZAMENTI / RECLAMI

Il/la sottoscritto/a

Residente a

Recapito telefonico

In qualità di:

 assistito familiare dell'assistito (indicare nome e cognome dell'assistito)

Desidera evidenziare a B. Braun Milano S.p.A. (esprimere l'oggetto del reclamo):

Inoltre desidera comunicare eventuali apprezzamenti:

Ai sensi del **DPR 2016/679** – Regolamento Europeo sulla Protezione Dati. autorizza B. Braun Milano S.p.A. Ente Gestore dell'unità di offerta Assistenza Domiciliare al trattamento dei dati personali di cui sopra.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo può essere consegnato al personale del servizio di assistenza domiciliare o spedito ai recapiti dell'Ente Gestore riportati nella carta dei servizi. B. Braun Milano S.p.A. si impegna a fornire riscontro in merito alle segnalazioni entro 15 gg dalla data di protocollo del modulo.