

Un espacio creado pensando en usted... Gracias por ayudarnos a ofrecerle un mejor servicio

FECHA: _____

1. DESCRIPCIÓN:

2. DATOS PERSONALES: (Esta información es confidencial, los datos con asterisco son requeridos)

*NOMBRE COMPLETO: _____

* DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____

*TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN / CORREO ELECTRÓNICO: _____

Área
(de la cual se queja, reclama o sugiere)

RECEPCIÓN
ASEO
ENFERMERAS
MÉDICOS
QUÍMICO FARMACÉUTICO
FARMACIA
CONTABILIDAD
FACTURACIÓN
GERENCIA
ARCHIVO
OTRA

CUÁL: _____

3. MEDIO DE RECEPCIÓN (espacio exclusivo para Excélsior).

E-MAIL
PERSONAL

TELFÓNICO
FAX