

**Scheda Reclamo Cliente**

Data:		Numero:	
<b>TIPO</b>	Parte che il Cliente deve compilare	Cliente:	Indirizzo:
		Paese:	N. Reparto:                      Riferimento:
<b>DESCRIZIONE</b>	Parte che il Cliente deve compilare	Gamma:	Prodotto di distribuzione interessato:
		Numero di lotto:	Quantità:
<b>INDAGINE</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	Descrizione del Reclamo Cliente	
		Nome:	
<b>AZIONE CORRETTIVA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	Descrizione Indagine:	
		Tipo di RC:	Presenza della RC:                      Sì            No
<b>ACAP</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	Classificazione farmacovigilanza:	
		Responsabile della dichiarazione:	Data della dichiarazione:
<b>CHIUSURA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	Motivazione:	
		Descrizione dell'azione curativa	
<b>CHIUSURA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	Informazione cliente realizzata: Sì    No                      Scambio                      Numero di NO:	
		Responsabile:	Data di applicazione:
<b>CHIUSURA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	<b>Apertura di un'ACAP: Sì                      No</b>	
		<b>Se no giustificare:</b>	
<b>CHIUSURA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	<b>Se sì Nuova ACAP:                      ACAP già esistente:</b>	
		<b>Responsabile dell'ACAP:</b>	
<b>CHIUSURA</b>	Parte riservata a BIOTECH DENTAL	<b>RC Chiusa            Sì            No</b>	
		Nome:	Data: