

MODULO RECLAMO

Data

Spett/le Società

Amalfitana Gas S.r.l.

Via **N°**

Cap

Dati Generali Cliente e Consegna fornitura

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------|--|--|--|---------------------|--|
| Cognome e Nome | | | | N° Utente <small>(da Bolletta)</small> | | CF/ Part IVA | |
| Via/ Piazza | | Civico | | Comune | | Frazione | |
| Telefono | | Piano | | Scala | | Fax | |
| | | | | | | e-mail | |

Indirizzo o Reapito ove inoltrare la risposta al reclamo (se diverso da dati generali)

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------|--|--------------------|--|---------------|--|
| Cognome e Nome | | | | Via/ Piazza | | | |
| Civico | | Comune | | Telefono | | Fax | |
| | | | | | | e-mail | |

Motivo del Reclamo

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Contratto | <input type="checkbox"/> | Tempo esecuzione riattivazione Morosità |
| <input type="checkbox"/> | Tempo esecuzione preventivo | <input type="checkbox"/> | Tempo esecuzione cessazione |
| <input type="checkbox"/> | Letture contatore | <input type="checkbox"/> | Guasti |
| <input type="checkbox"/> | Altro | <input type="checkbox"/> | Interruzioni Erogazione Gas |
| <input type="checkbox"/> | Tempo esecuzione verifiche | <input type="checkbox"/> | Contatti con il Personale della Società |
| <input type="checkbox"/> | Tempo esecuzione preventivo | <input type="checkbox"/> | Servizio pronto intervento |

Descrizione del Reclamo

E' la prima volta che scrive per questo reclamo? *(SI/NO)*

Reclamo già fatto con altra lettera spedita in data

Indirizzato a:

La risposta è stata data con lettera N° del

Data

La risposta non era chiara/completa

Il problema non è stato ancora risolto

Il problema si è ripresentato

Altro

Firma del cliente
(Con Internet non richiesta)

Dati di chi presenta per delega del cliente

| | | | | | | | |
|-----------------------|--|---------------|--|--------------------|--|---------------|--|
| Cognome e Nome | | | | Via/ Piazza | | | |
| Civico | | Comune | | Telefono | | FAX | |
| | | | | | | e-mail | |

Firma di chi presenta per il cliente

Campi a Cura Società

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------|--|
| Data protocollo arrivo reclamo | | N° Reclamo | | Data Risposta Reclamo | | N° Protocollo Risposta | |
|---------------------------------------|--|-------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------|--|

Note: