



COLEGIO "HIJAS DE CRISTO REY"

R.R.C.- año:

Nº reclam:

Fecha:

REGISTRO DE RECLAMACIÓN DE CLIENTE

CLIENTE:			
? <u>FORMACIÓN</u>		CURSO/NIVEL:	
? <u>OTRAS ACTIVIDADES:</u>		NOMBRE:	
		PROFESOR:	
		OTRO PERSONAL:	
DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN			
ANÁLISIS DE LA CAUSA:		FIRMA:	
Recibida por:		Fecha:	
TRATAMIENTO			
CIERRE (COMPROBACIÓN DE LA RESOLUCIÓN DEL PROBLEMA).			
Realizado por:		Fecha:	

*

Cubrir sólo la zona sombreada