



LOS ANDES
C.A. FRENTE A FARMACIA TORREBONSA

Jr. Santiago Giraldo #262

Nro : _____

Agencia : _____, Fecha : __/__/__

FORMATO DE RECLAMOS

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Apellidos y Nombres / Razón Social :		DNI
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dirección	Departamento, Provincia, Distrito	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono	Celular	Correo Electrónico
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellidos y Nombres (Apoderado / Representante / Padre o Madre, en caso de ser menor de edad) :		
<input type="text"/>		

DATOS DEL RECLAMO

Tipo :
<input type="text"/>
Producto :
<input type="text"/>
Motivo :
<input type="text"/>
Detalle :
<input type="text"/>
Documentos Adjuntados :
<input type="text"/>
La comunicación de respuesta se hará llegar a :
<input checked="" type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> Se apersonará a la oficina
<input type="text"/>

Firma de Clientes

Plataforma de Atención al Cliente

Notas informativas

(1) Reclamo : disconformidad relacionada a los productos y servicios.

(2) Queja : disconformidad no relacionada a los productos y servicios; o malestar o descontento respecto a la atención al público.