

AZIENDA OSPEDALIERA S. CROCE E CARLE

PRESTAZIONI DI SERVIZI – A.M.O.S. S.C.R.L.

**OGGETTO: SERVIZIO DI SUPPORTO TELEFONICO AL PERCORSO
AMBULATORIALE, SPORTELLO UNICO INTERAZIENDALE E
SERVIZIO ACCETTAZIONE E CASSA.**

Le prestazioni nel mese di _____

☐ sono state eseguite regolarmente, come da Convenzione;

☐ non sono state eseguite regolarmente

MOTIVI/
RECLAMI:

**Firma del Responsabile di
Struttura della Committente :**

DATA_____