reti	RECLAMO ❑ RICHIESTA INFORMAZIONI ❑	Data _____

DA COMPILARE A CURA DEL CLIENTE FINALE

Cognome e nome _____

Indirizzo _____

Telefono _____

Oggetto:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

GESTORE DEL SERVIZIO

Trattamento:

_____

_____

_____

_____

Data: **Firma responsabile Unità Organizzativa:**

IL PRESENTE MODULO PUO' ESSERE INVIATO A RETI S.R.L. – UFFICIO RECLAMI – a mezzo:
FAX 0143745109
POSTA: VIA ALTIERO SPINELLI sn – 15067 NOVI LIGURE (AL)
MAIL: retigas@retisrl.it
PEC: reti.srl@pec.it

Rev. 03 del 01.09.2016