

Queja o Querella del Cliente

Fecha: _____

Nombre del Cliente: _____

Servicio recibido por Special Care Pharmacy Services: _____

Teléfono(s): _____

Explique la queja o querella del servicio:

Muchas gracias por dejarnos saber su sentir y le agradecemos el tiempo dedicado para comunicar su queja. Recuerde que nuestra misión es proveerle un servicio de excelencia en los servicios farmacéuticos y esta información nos permite conocer cómo podemos mejorar.

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD

La información incluida en esta transmisión contiene información perteneciente a Special Care Pharmacy Services (SCPS). La misma es privilegiada y/o confidencial. Esta información es para uso exclusivo del destinatario. Si usted recibe esta información por equivocación o error, sepa que no está autorizado a utilizar, distribuir o fotocopiar la misma. Favor de notificar inmediatamente a SCPS por teléfono al (787) 783-8579 y destruya todas las copias de este documento y cualquier anejo incluido.