

Título:

REGISTRO DE QUEJA

Fecha de Recepción de Queja:	Nombre y firma de quien registra la Quejas:	Clave (Asignada por Aseguramiento)
9/ENE/2023	MAGALI JUAREZ VELASCO	GAN/Q2023/001C2
Cliente (razón social y nombre del representante de la empresa):		Teléfono:
DU MOUNT CI, S.A. DE C.V.		Tel Celular: 664 421 0708
Domicilio:	BLVD. PADRE KINO 22010 TIJUANA, B.C.	

Descripción detallada de la queja

Reporta que los bultos de ropa para Parto, ha salido incompleto SIN FUNDA DE MESA MAYO Y SIN PIERNERAS

Vía de recepción de la Queja: (anexar e-mail, memorándum, fax, etc.)

TELEFONO

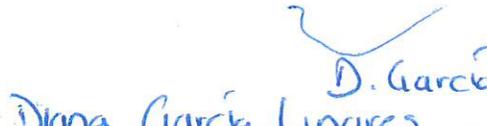
DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO DE QUEJA.

Nombre Comercial:	PAQUETE ESTERIL PARA PARTO I PSB008-36	Caducidad:
		30-AGO-2024
Lote :	10000005887	Esterilización:
		OT
Cantidad reportada con desviación(piezas):	38	No de Factura:
		19061
Procedencia de la Queja:		Quié?n?
Sector Salud		
Sector Privado		
Consumidor		X
Clasificación de la Queja:		Marque con X
Queja Médica		
Queja por defectos de Calidad		X
Queja Administrativa		

ACCIÓN SOLICITADA POR EL CLIENTE (MARQUE CON X)

Canje	X	Revisión del producto en sus instalaciones
Reposición		Re facturación
Retiro de producto		Nota de crédito
Cancelación de pedido		Otros (especificar)

Administrador de Quejas
Vo.Bo. Responsable Sanitario

 Nombre y Firma	 Nombre y Firma
---	--

Título:

REGISTRO DE QUEJA

