NOMBRE		N°	
DIRECCIÓN			
TFNO		**No rellenar en zona sombreada**	

Descripción de la sugerencia, queja o reclamación	**Fecha**	

Seguir por detrás

Análisis inicial		
Tipo		**Sugerencia**
		Queja
		Reclamación
Gravedad		**Crítica**
		Mayor
		Menor
Trámite		**Con respuesta**
		Con informe
		No conformidad
Grupo de análisis		

Respuesta a sugerencia, queja o reclamación		
Seguir por detrás	Fecha	

Descripción de la sugerencia, queja o reclamación
Continuación

Respuesta a sugerencia, queja o reclamación
Continuación