

FORMULARIO DE RECLAMO

Nombre completo			
Dirección			
Teléfono		Celular	
Correo electrónico			

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Informe entregado no corresponde a la identidad | <input type="checkbox"/> Examen no corresponde a la orden de solicitud |
| <input type="checkbox"/> Toma de muestra no conforme | <input type="checkbox"/> Resultado no conforme |
| <input type="checkbox"/> Retraso en la entrega del informe | <input type="checkbox"/> Otros |

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (por favor con letra clara y legible)

SOLICITUD CONCRETA

Agradecemos sus observaciones, las cuales serán respondidas en un plazo máximo de 10 días hábiles a contar de la fecha de emisión de su reclamo.