

1 INFORMACIÓN SOBRE LA SUGERENCIA

a) Descripción de la Sugerencia

Fecha

b) Datos del Remitente (Si lo desea, puede completar el formulario en forma anónima)

Nombre

Empresa

Teléfono

Correo electrónico

¡Muchas gracias por su colaboración!

2 EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SUGERENCIA

Área/ Departamento de la DILAB o Laboratorio Regional involucrado

¿Requiere tratamiento?

SI

NO

.....
Firma y aclaración del responsable de su revisión y análisis

En caso de requerir tratamiento indicar:

Identificación de la NC potencial u OM generada

Área/ Departamento de la DILAB o Laboratorio Regional encargado del tratamiento

3 OBSERVACIONES