***A:***

***Kiwa Peru SAC***

*Encargado de Calidad*

*Calle Las Camelias 790 OF 508*

*San Isidro Lima*

*T: +51 (01) 2215633*

**Por favor seleccione el tipo de comunicación:**

Mediante la presente, deseo presentar unaElija un elemento.

***Completado por el cliente:***

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente |  |
| Dirección/País |  |
| Persona contacto |  |
| Detalles del contacto |  |
| **Descripción de la queja** |
| Fecha | Firma |

|  |
| --- |
| ***Completado por EC Kiwa BCS:*** |
| **Ingreso del documento** | Fecha |
| **Clasificación:**  **Queja** o  **Apelación** | Fecha |
| **Enviada a: (responsable de Kiwa)****(Nombre)** | Fecha |
| **Ingreso de la resolución** | Fecha |
| Comentario |
| ***Completado por el responsable de Kiwa:***  |
| Nombre: | Oficina Kiwa BCS: |
|  **Queja** o  **Apelación** |  **Aceptación** o **Rechazo** |
| Razones: |
| Fecha | Firma |
| **Descripción de la toma de medidas**  |
| Plazo | Responsable |
| Fecha | Firma |
| **Verificación de efectividad**  |  |
| [ ] Solucionado |  |
| [ ] No necesario | Razones: |
| Fecha | Firma |
| **Solucionado** |  |
| Fecha | Firma |