

 <p style="text-align: center;">Universidad Autónoma de Chihuahua Facultad de Medicina</p>	
<p><b>COMENTARIOS</b> </p>	
<p>Mi comentario es una:</p> <p><input type="checkbox"/> Sugerencia      <input type="checkbox"/> Queja</p>	
<p>Es respecto a:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio      <input type="checkbox"/> Atención</p> <p><input type="checkbox"/> Horario      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempos de entrega</p>	
Comentario:	Fecha:
<p>Para dar respuesta a tu comentario, déjanos tus datos:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Tel: _____</p>	
FOR 8.2 ISO 10	Rev: 0

 <p style="text-align: center;">Universidad Autónoma de Chihuahua Facultad de Medicina</p>	
<p><b>COMENTARIOS</b> </p>	
<p>Mi comentario es una:</p> <p><input type="checkbox"/> Sugerencia      <input type="checkbox"/> Queja</p>	
<p>Es respecto a:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio      <input type="checkbox"/> Atención</p> <p><input type="checkbox"/> Horario      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempos de entrega</p>	
Comentario:	Fecha:
<p>Para dar respuesta a tu comentario, déjanos tus datos:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Tel: _____</p>	
FOR 8.2 ISO 10	Rev: 0

 <p style="text-align: center;">Universidad Autónoma de Chihuahua Facultad de Medicina</p>	
<p><b>COMENTARIOS</b> </p>	
<p>Mi comentario es una:</p> <p><input type="checkbox"/> Sugerencia      <input type="checkbox"/> Queja</p>	
<p>Es respecto a:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio      <input type="checkbox"/> Atención</p> <p><input type="checkbox"/> Horario      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempos de entrega</p>	
Comentario:	Fecha:
<p>Para dar respuesta a tu comentario, déjanos tus datos:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Tel: _____</p>	
FOR 8.2 ISO 10	Rev: 0

 <p style="text-align: center;">Universidad Autónoma de Chihuahua Facultad de Medicina</p>	
<p><b>COMENTARIOS</b> </p>	
<p>Mi comentario es una:</p> <p><input type="checkbox"/> Sugerencia      <input type="checkbox"/> Queja</p>	
<p>Es respecto a:</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio      <input type="checkbox"/> Atención</p> <p><input type="checkbox"/> Horario      <input type="checkbox"/> Otro</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempos de entrega</p>	
Comentario:	Fecha:
<p>Para dar respuesta a tu comentario, déjanos tus datos:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>e-mail: _____</p> <p>Tel: _____</p>	
FOR 8.2 ISO 10	Rev: 0