PROGRAMA DE CERTIFICACIÓN DEL CONFINAMIENTO DEL GAPIII

Formulario de retroalimentación

FECHA:

ENTIDAD:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Autoridad nacional de confinamiento** | [ ]  | **Establecimiento esencial de poliovirus** | [ ]  | **Otra. Sírvase** **especificar:** |
|  |  |

TIPO DE RETROALIMENTACIÓN:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | **Sugerencia** | [ ]  | **Felicitación** | [ ]  | **Queja**  |

**OBSERVACIONES O RETROALIMENTACIÓN:**

|  |
| --- |
|  |

Si espera usted una respuesta de nuestra parte, le rogamos anote sus datos de contacto:

| **INFORMACIÓN DE CONTACTO** |
| --- |
| NOMBRE de la persona de contacto: | CARGO de la persona de contacto: |
| NOMBRE de la empresa: | DOMICILIO de la empresa: |
| TELÉFONO de la persona de contacto: | CORREO ELECTRÓNICO de la persona de contacto: |

Envíe cualquier observación que desee formular a la OMS través de la siguiente dirección de correo electrónico: containment@who.int

**GRACIAS POR LA RETROALIMENTACIÓN**