¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo. situe el puntero del ratón en espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprimalo para proceder posteriormente a su entrega.

Consejería de Sanidad y Consumo
Sistema Nacional de Salud

Madrid

SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES

SUGERENCIA ☐ QUEJA O RECLAMACIÓN ☐

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellidos ..... Nombre .....

DNI ..... Domicilio .....

CP ..... Localidad ..... Teléfono .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos ..... Nombre .....

CIP ..... Edad ..... Sexo: V ☐ M ☐

Centro ..... Servicio .....

Motivo .....

....., a ..... de ..... de .....

(FIRMA)

Limpiar Campos | Imprimir

EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

¡Atención!. Este formulario puede ser cumplimentado electrónicamente e impreso para su entrega oficial. Para rellenar un campo. situe el puntero del ratón en espacio correspondiente. Una vez haya cumplimentado el impreso, imprimalo para proceder posteriormente a su entrega.

Consejería de Sanidad y Consumo
Sistema Nacional de Salud

Madrid

SUGERENCIAS, QUEJAS Y RECLAMACIONES

SUGERENCIA ☐ QUEJA O RECLAMACIÓN ☐

DATOS DEL RECLAMANTE

Apellidos ..... Nombre .....

DNI ..... Domicilio .....

CP ..... Localidad ..... Teléfono .....

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos ..... Nombre .....

CIP ..... Edad ..... Sexo: V ☐ M ☐

Centro ..... Servicio .....

Motivo .....

....., a ..... de ..... de .....

(FIRMA)

Limpiar Campos | Imprimir

EJEMPLAR PARA EL INTERESADO