

HOJA DE SUGERENCIAS

GERENCIA

Nº DE SUGERENCIA

AÑO

DATOS DEL INTERESADO (opcional)

Primer apellido:		Segundo apellido:	
Nombre:		DNI, NIF, Pasaporte o similar:	
Domicilio:			
Municipio:		Provincia:	
Código Postal:	País:		Teléfono:

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

Centro o establecimiento:	
Servicio:	
Localidad:	

TEXTO DE LA SUGERENCIA

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su sugerencia)

Lugar:

Fecha:

Firma (opcional):