Consejería de
Sanidad y Dependencia

JUNTA DE EXTREMADURA

GERENCIA 8

Nº DE SUGERENCIA

AÑO

HOJA DE SUGERENCIAS

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):

1.º Blanca: Permanecerá en el Registro correspondiente. 2.º Rosa: Para el centro, establecimiento o servicio sanitario afectado. 3º Verde: Para el usuario.