

Reclamación   
Sugerencia

**Datos del Reclamante:**

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI/NIF/PASAPORTE:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD/PROVINCIA:	
C.P.:	
TELÉFONO:	

**Identificador del Centro o Servicio Sanitario Reclamado:**

CENTRO SANITARIO:	
SERVICIO:	
LOCALIDAD:	

**Datos del Paciente:**

NOMBRE Y APELLIDOS:	
DNI DEL PACIENTE:	

**Texto de la Reclamación y/o Sugerencia:**

El abajo firmante acepta la Política de Privacidad de la Oficina de la Defensora de los Usuarios que puede consultarse en su página web (<https://saludextremadura.ses.es/defensorausuarios/politica-de-privacidad>), especialmente en lo relacionado con la protección de los datos de carácter personal aquí facilitados. Puede ejercer ante el responsable del tratamiento los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión ("derecho al olvido"), limitación del tratamiento, portabilidad y de no ser objeto de decisiones individualizadas tal y como figura en el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD).

En , a  de  de .

Firma del solicitante o representante legal