GERENCIA ☐

ANEXO I
HOJA DE RECLAMACIONES

Datos del interesado	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	DNI, NIF, Pasaporte o similar: ☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐
Domicilio:	
Municipio:	Provincia:
Código Postal ☐☐☐☐☐	Teléfono:

Identificación del Centro o Servicio Sanitario reclamado	
Centro o establecimiento:	
Servicio:	
Localidad:	

Texto de la reclamación

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su reclamación)

	Lugar:
	Fecha:
	Firma:

El plazo de contestación a esta reclamación por parte del Servicio Extremeño de Salud es de dos meses, si no se obtiene respuesta transcurrido este plazo, puede presentarse reclamación ante el Defensor del Usuario del Sistema Sanitario Público