

# AGRADECIMIENTOS

## Datos de identificación:

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

## Datos de identificación del Servicio Extremeño de Salud (SES):

TIPO DE CENTRO: (marque lo que proceda)	<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD	<input type="checkbox"/> CENTRO DE ESPECIALIDADES	<input type="checkbox"/> OTROS
NOMBRE DEL CENTRO:				
LOCALIDAD:				
SERVICIO/UNIDAD:				
PROFESIONAL/ES:				

## Datos del Paciente/Usuario del SES:

NOMBRE Y APELLIDOS:	
---------------------	--

## Texto motivo del Agradecimiento y/o Felicitación:

(podrá usar cuantas páginas precise para exponer su agradecimiento y/o felicitación)

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