



HOJA DE RECLAMACION / ERREKLAMAZIO ORRIA

Los datos en rojo serán rellenados por el establecimiento / Gorritz dauden datuak establezimenduak bete behar ditu

..... Nombre del centro o establecimiento / Zentro edo establezimenduaren izena			
..... Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk. Localidad / Herria Provincia / Probintzia Teléfono / Telefonoa

..... Nombre y apellidos del reclamante / Erreklamatzaillearen izen-deiturak D.N.I./ N.A.N.
---	-------------------------

..... Nombre y apellidos del paciente / Eriaren izen-deiturak D.N.I./ N.A.N.
--	-------------------------

..... Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk. Localidad / Herria Provincia / Probintzia Teléfono / Telefonoa
--	-----------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Motivo de la reclamación / Erreklamazioaren arrazoia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha / Data

Firma / sinadura



HOJA DE RECLAMACION / ERREKLAMAZIO ORRIA

Los datos en rojo serán rellenados por el establecimiento / Gorriz dauden datuak establezimenduak bete behar ditu

Nombre del centro o establecimiento / Zentro edo establezimenduaren izena			
Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa

Nombre y apellidos del reclamante / Erreklamatzaillearen izen-deiturak	D.N.I./ N.A.N.
--	----------------

Nombre y apellidos del paciente / Eriaren izen-deiturak	D.N.I./ N.A.N.
---	----------------

Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa
---	--------------------	------------------------	----------------------

Motivo de la reclamación / Erreklamazioaren arrazoia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha / Data

Firma / sinadura



HOJA DE RECLAMACION / ERREKLAMAZIO ORRIA

Los datos en rojo serán rellenados por el establecimiento / Gorriz dauden datuak establezimenduak bete behar ditu

Nombre del centro o establecimiento / Zentro edo establezimenduaren izena			
Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa

Nombre y apellidos del reclamante / Erreklamatazailearen izen-deiturak	D.N.I./ N.A.N.
--	----------------

Nombre y apellidos del paciente / Eriaren izen-deiturak	D.N.I./ N.A.N.
---	----------------

Calle o Plaza y N°. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa
---	--------------------	------------------------	----------------------

Motivo de la reclamación / Erreklamazioaren arrazoia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha / Data

Firma / sinadura