



## ATENCIÓN AL PACIENTE / ERIAREN ARAZOAK

Centro implicado:

Reclamación  
Erreklamazioa

Sugerencia  
Iradokizuna

Agradecimiento  
Eskerrak ematea

(marcar con una  lo que proceda) ( bat jarri dagokion tokian)

Nombre/Izena:	DNI/NAN:
Apellidos/Deiturak:	
Domicilio/Helbidea:	
Localidad/Herria:	CP/PK:
e-mail:	Tel:

**En nombre propio:**  
**Norbere izenean:**

**En representación de:**  
**Hurrengo pertsonaren ordezkatz:**

Nombre/Izena:	DNI/NAN:
Apellidos/Deiturak:	
Domicilio/Helbidea:	
Localidad/Herria:	CP/PK:
e-mail:	Tel:

Documentos aportados/*Erantsitako dokumentuak:*  
(Para la gestión de una reclamación se deberá adjuntar fotocopia del DNI y si actúa en representación de otra persona, su autorización.)

Resumen tema/*Gaiaren laburpena:*

Resumen tema/Gaiaren laburpena:

Fecha/Data:

Firma/Sinadura:

¿Que desea hacer con el formulario?

Enviar por e-mail a: