



Defensor de los Usuarios
del Sistema Sanitario
Público de Extremadura

Número: _____

Código: _____

Reclamación

Sugerencia

C/ Adriano nº 4, 06800 Mérida (Badajoz)

Tel: 924 00 47 21. Fax: 924 00 47 30

<http://defensorusuarios.saludextremadura.com>

E-mail: defensor.usuarios.sspe@gobex.es

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

Identificador del centro o

Servicio Sanitario reclamado:

CENTRO/ESTABLECIMIENTO:

SERVICIO:

LOCALIDAD:

Datos del Paciente

NOMBRE Y APELLIDOS:

D.N.I. DEL PACIENTE:

Texto de la reclamación y o Sugerencia:

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su reclamación)

Lugar:

Firma:

Sello:

Fecha: