GERENCIA ☐

ANEXO II
HOJA DE SUGERENCIAS

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

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

Texto de la sugerencia

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su sugerencia)

	Lugar:
	Fecha:
	Firma: (opcional)