CONSELLERIA SALUT I CONSUM

DEFENSOR DELS USUARIS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC DE LES ILLES BALEARS

DADES DE L'USUARI:

Llinatges Nom

Data Naixement DNI Sexe H D

Adreça

Localitat CP Província

Telèfon Fax E-mail

DADES DEL REPRESENTANT

Llinatges Nom

Data Naixement DNI Sexe H D

Adreça

Localitat CP Província

Telèfon Fax E-mail

Dades de contacte de l'usuari Dades de contacte del representant

TIPUS DE SOL·LICITUD

Reclamació/Queixa Suggeriment/Proposta

Motiu

Data en la qual succeïren els fets o començà el problema

Hospital/Centre/Servei on va ser atès

Professional sanitari que el va atendre

CONSELLERIA
SALUT I CONSUM

DEFENSOR DELS USUARIS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC DE LES ILLES BALEARS

S'ha iniciat alguna acció o tràmit al respecte?

Com va accedir al defensor i per què?

Observacions

NARRACIÓ O EXPOSICIÓ DETALLADA DELS FETS

CONSELLERIA
SALUT I CONSUM

DEFENSOR DELS USUARIS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC DE LES ILLES BALEARS

PETICIÓ QUE ES FORMULA

, de de 20

Signatura

SRA. MICAELA LLULL SARRALDE
DEFENSORA DELS USUARIS DEL SISTEMA SANITARI PÚBLIC DE LES ILLES BALEARS

Plaça d'Espanya núm.9, 1er pis - 07002 Palma - Telf. 971 177383 defensalut@caib.es