



DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ILLES BALEARS

DATOS DEL USUARIO:

Apellidos Nombre
Fecha Nacimiento DNI Sexo H M
Domicilio
Localidad CP Provincia
Teléfono Fax E-mail

DATOS DEL REPRESENTANTE

Apellidos Nombre
Fecha Nacimiento DNI Sexo H M
Domicilio
Localidad CP Provincia
Teléfono Fax E-mail

Datos de contacto del usuario

Datos de contacto del representante

TIPO DE SOLICITUD

Reclamación/Queja

Sugerencia/Propuesta

Motivo

Fecha en la que ocurrieron los hechos o comienza el problema

Hospital/Centro/Servicio
donde fue atendido

Profesional sanitario que
le atendió



G CONSELLERIA
O SALUT
I
B
/

DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ILLES BALEARS

¿Se ha iniciado alguna
acción o trámite al
respecto?

¿Cómo accedió al defensor y por qué?

Observaciones

RELATO O EXPOSICIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS



DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ILLES BALEARS

PETICIÓN QUE SE QUIERE REALIZAR

Empty box for the petition content.

, de de 20

Firma

SRA. MICAELA LLULL SARRALDE
DEFENSORA DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ILLES BALEARS