

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



¿Se ha iniciado alguna acción o trámite al respecto?

¿Cómo accedió al defensor y por qué?

Observaciones

RELATO O EXPOSICIÓN DETALLADA DE LOS HECHOS



PETICIÓ QUE SE QUIERE REALIZAR

En , de de 20

Firma

SR. MIGUEL GASCON MIR
DEFENSOR DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LES ILLES BALEARS

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