

**FORMULARI DE CONTACTE AMB EL DEFENSOR/A DELS USUARIS DEL SISTEMA SANITARI
PÚBLIC DE LES ILLES BALEARS**

Idioma:

Nom:

Llinatges:

DNI/NIE:

Data de naixement (dd/mm/aaaa):

Telèfon de contacte:

Adreça de correu electrònic:

Illa:

Població:

Adreça postal:

Codi postal:

Mitjà preferent de comunicació (CARPETA CIUTADANA -si seleccionau carpeta ciutadana, recordau que heu d'identificar-vos mitjançant el sistema d'autenticació de [cl@ve](#): certificat digital, DNI electrònic, Cl@ve PIN o Cl@ve Permanent-/CORREU POSTAL):

Comentari: