

## FORMULARIO DE CONTACTO CON EL DEFENSOR/A DE LOS USUARIOS DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LAS ISLAS BALEARES

Idioma:

Nombre:

Apellidos:

DNI/NIE :

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):

Teléfono de contacto:

Dirección de correo electrónico:

Isla:

Población:

Dirección postal:

Código postal:

Medio preferente de comunicación (CARPETA CIUDADANA -si selecciona carpeta ciudadana, recuerde que debe identificarse mediante el sistema de autenticación de [cl@ve](#): certificado digital, DNI electrónico, Cl@ve PIN o Cl@ve Permanente-/CORREO POSTAL):

Comentario: