Servicio Extremeño de Salud

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia

HOJA DE SUGERENCIAS

GERENCIA 7
Nº DE SUGERENCIA
AÑO

DATOS DEL INTERESADO

Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	DNI,NIF, Pasaporte o similar: -
Domicilio:	
Municipio:	Provincia:
Código Postal: País	Teléfono:

IDENTIFICACIÓN DEL CENTRO O SERVICIO SANITARIO

Centro o establecimiento:
Servicio:
Localidad:

TEXTO DE LA SUGERENCIA

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su sugerencia)

	Lugar:
	Fecha:
	Firma (opcional):

Enviar Sugerencia