

RECLAMACIÓN AL SERVICIO CANARIO DE SALUD

Lugar: _____

DATOS DEL RECLAMANTE:

Nombre y Apellidos: _____

DNI/NIE: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____

DATOS DEL CENTRO SANITARIO:

Nombre del Centro: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

MOTIVO DE LA RECLAMACIÓN:

HECHOS:

PETICIÓN:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:

1. Copia de DNI/NIE.
2. Informes médicos relacionados.
3. Correspondencia con el servicio sanitario.
4. Otros documentos pertinentes.

En _____, a _____ de _____ de 20____.

FIRMADO:

Firma:

Fuente original del documento:

<https://experto-reclamaciones.com/reclamacion-al-servicio-canario-de-salud/>

¿Te ha resultado útil esta plantilla?

Descubre más documentos actualizados en:

<https://experto-reclamaciones.com>

Visítanos

Plantilla de uso personal y gratuito. Prohibido su uso comercial.

Si se comparte o publica, debe mencionarse la fuente.

Esta plantilla tiene carácter orientativo y no constituye asesoramiento legal.

Se recomienda consultar a un abogado especializado para cada caso.