Defensora de los Usuarios del Sistema Sanitario Público de Extremadura

Reclamación ☐
Sugerencia ☐

C/ Adriano, nº 4 – Planta Baja. 06800 Mérida
Teléfono: 924 00 47 21 Fax: 924 00 47 30
Mail: defensor.usuarios.sspe@salud-juntaex.es
https://saludextremadura.ses.es/defensorausuarios

NOMBRE:	
APELLIDOS:	
DNI/NIF/PASAPORTE:	
DOMICILIO:	
LOCALIDAD/PROVINCIA:	
C.P.:	
TELÉFONO:	

Identificador del Centro o Servicio Sanitario reclamado:

CENTRO/ESTABLECIMIENTO:
SERVICIO:
LOCALIDAD:

Datos del Paciente

NOMBRE Y APELLIDOS:
D.N.I. DEL PACIENTE:

Texto de la reclamación y o Sugerencia:

En _____ a ____ de _____ de _____.

Firma del solicitante o representante legal.