



FULL DE RECLAMACIÓ

Dades personals del reclamant

Cognoms i nom	Adreça	
Població	Codi postal	CIP/NASS
Data de naixement	DNI	Telèfon

Dades de la persona afectada (només s'han d'emplenar si feu la reclamació en nom d'una altra persona):

Cognoms i nom	Adreça	
Població	Codi postal	CIP/NASS
Data de naixement	DNI	Telèfon

Exposició de la reclamació (continuar al dors o en un full annex)

Signatura i data

*AVIS INFORMATIU: De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades que consignis en aquest document s'incorporaran en un fitxer responsabilitat de l'AGRUPACIÓ EUROPEA DE COOPERACIÓ TERRITORIAL - HOSPITAL DE CERDANYA amb la finalitat d'atendre la seva petició i gestionar l'objecte del present formulari. En qualsevol moment, pots exercir els teus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant comunicació escrita, adjuntant fotocòpia del DNI o document identificatiu equivalent, dirigida a la Unitat d'Atenció al Client de l'AGRUPACIÓ EUROPEA DE COOPERACIÓ TERRITORIAL-HOSPITAL DE CERDANYA, a Camí d'Ur 31 Puigcerdà 17520