



HOJA DE RECLAMACIÓN

Datos personales del reclamante

Apellidos y nombre		Dirección	
Población	Código postal	CIP/NASS	
Fecha de nacimiento	DNI	Teléfono	

Datos de la persona afectada (sólo se tiene que rellenar si hace la reclamación en nombre de otra persona):

Apellidos y nombre		Dirección	
Población	Código postal	CIP/NASS	
Fecha de nacimiento	DNI	Teléfono	

Exposición de la reclamación (continúe en el dorso o en una hoja anexa)

Firma y fecha

*AVISO INFORMATIVO: De conformidad con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), los datos que consigne en este documento serán incorporados en un fichero responsabilidad de la AGRUPACIÓN EUROPEA DE COOPERACIÓN TERRITORIAL - HOSPITAL DE CERDANYA con la finalidad de atender su petición y gestionar el objeto del presente formulario. En cualquier momento, puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante comunicación escrita, adjuntando fotocopia del DNI o documento identificativo equivalente, dirigida a la Unidad de Atención al Cliente de la AGRUPACIÓN EUROPEA DE COOPERACIÓN TERRITORIAL-HOSPITAL DE CERDANYA, a Camí d'Ur 31 Puigcerdà 17520