



FEUILLE DE RÉCLAMATION

Données personnelles du requérant

Nom(s) et prénom(s)		Adresse	
Commune	Code postal	IPP/NIR	
Date de naissance	CNI	Téléphone	

Données de la personne concernée (à remplir seulement si vous faites la réclamation au nom de quelqu'un d'autre):

Nom(s) et prénom(s)		Adresse	
Commune	Code postal	IPP/NIR	
Date de naissance	CNI	Téléphone	

Description de la réclamation (continuez au verso ou sur une feuille annexe)

Signature et date

*NOTE D'INFORMATION: Conformément aux dispositions de la Loi Organique 15/1999, du 13 décembre, portant sur la Protection de Données à Caractère Personnel (LOPD), les données indiquées dans ce document seront intégrées dans un fichier sous la responsabilité du GROUPEMENT EUROPÉEN DE COOPÉRATION TERRITORIALE - HÔPITAL DE CERDAGNE dans le but de donner suite à votre demande et d'effectuer les démarches nécessaires pour l'objet du présent formulaire. À tout moment, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'annulation et d'opposition, par communication écrite accompagnée d'une photocopie de la CNI o d'un document d'identification équivalent, adressée à l'Unité d'Attention au Client du GROUPEMENT EUROPÉEN DE COOPÉRATION TERRITORIALE - HÔPITAL DE CERDAGNE, Camí d'Ur 31 Puigcerdà 17520.