



HOJA DE SUGERENCIAS y/o AGRADECIMIENTOS

Datos personales

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

Datos de la persona que presenta la sugerencia o agradecimiento

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

Exposición de la sugerencia y/o agradecimiento

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