

DATA ENTRADA \_\_\_\_\_

**Full de suggeriments / reclamació / Agraïment**

- **Reclamació (1)**                                  • **Suggeriment**                                  • **Agraïment**

DADES PERSONALS (Es obligatori per poder donar resposta / seguiment només en el cas de les reclamacions).

Cognoms i nom	DNI	TARGETA SANITARIA (CIP)
Domicili i localitat	Telèfon	Data dels fets

DADES DEL REPRESENTANT (En cas que el pacient sigui menor o no pugui presentar ell mateix)

Cognoms i nom	DNI	TARGETA SANITÀRIA (CIP)
Domicili i localitat	Telèfon	Relació amb el pacient

(1) Adjunteu còpia dels documents que vulgueu aportar

**Descripció dels fets / Situació que s'exposa (continueu al dors o en un full annex):**

*En virtut de l'article 5 de la Llei 15/1999 el centre EAP Osona Sud - Alt Congost, S.L.P. l'informa que disposa d'un fitxer de dades en suport no automatitzat anomenat FITXER DE SUGGERENCIES i RECLAMACIONS, la finalitat del qual és la gestió d'aquests formularis. Les cessions de dades o operacions de tractament realitzades seran les estrictament necessàries per al compliment de les finalitats esmentades.*

*Tal com disposa la Llei 15/1999 de Protecció de Dades vostè pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició sobre aquest fitxer el responsable del qual és el centre EAP Osona Sud - Alt Congost, S.L.P. situat al c / Pla del mestre, 7, 08540 Centelles. Per a qualsevol dubte o per exercir els seus drets pot dirigir-se al departament d'atenció al client.*

Signatura

Signatura del receptor i data