HOJA DE RECLAMACION / ERREKLAMAZIO ORRIA

Los datos en rojo serán rellenados por el establecimiento / Gorriz dauden datuak establezimenduak bete behar ditu

.....

Nombre del centro o establecimiento / Zentro edo establezimenduaren izena

Calle o Plaza y Nº. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa

....

Nombre y apellidos del reclamante / Erreklamatzailearen izen-deiturak D.N.I./ N.A.N.

....

Nombre y apellidos del paciente / Eriaren izen-deiturak D.N.I./ N.A.N.

Calle o Plaza y Nº. / Kalea edo Plaza eta zk.	Localidad / Herria	Provincia / Probintzia	Teléfono / Telefonoa

Motivo de la reclamación / Erreklamazioaren arrazoia .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fecha / Data .....

Firma / sinadura

Ejemplar para el Servicio de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Navarra.
Nafarroako Gobernuaren Osasun Laguntzaren Zerbitzuarentzako alea.