Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

IMPRESO OFICIAL DE RECLAMACIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

Reclamante:

Nombre y apellidos: .....

Domicilio: .....

Localidad:.....,**C.P.:** .....

Isla:.....,**D.N.I.:**....., **Teléfono:**.....

Reclama contra:.....

Servicio:.....,**Centro:**.....

Día y hora de los hechos objeto de la reclamación: .....

Persona afectada: .....

Nº A.S.S.: ....., **Nº teléfono:** ....., **Parentesco:**.....

TEXTO:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

En ....., a....., de....., de.....

Firma

Exma. Sra. Consejera de Sanidad

Información Adicional: La contestación de la reclamación contenida en este impreso deberá ser adoptada y notificada en el plazo de 2 meses desde su presentación en cualquiera de los registros de la Consejería competente en materia de sanidad. En el caso de no recibir contestación en dicho plazo, el usuario podrá reiterar la reclamación ante la Secretaría General Técnica de dicha Consejería.