GERENCIA

ANEXO II
HOJA DE SUGERENCIAS

Datos del interesado (opcional)	
Primer apellido:	Segundo apellido:
Nombre:	DNI, NIF, Pasaporte o similar: -
Domicilio:	
Municipio:	Provincia:
Código Postal	Teléfono:

Identificación del Centro o Servicio Sanitario	
Centro o establecimiento:	
Servicio:	
Localidad:	

Texto de la sugerencia

(Podrá usar cuantas páginas precise para formular su sugerencia)

Lugar:

Fecha:

Firma: (opcional)