Consejería de
Sanidad y Dependencia

JUNTA DE EXTREMADURA

HOJA DE SUGERENCIAS

GERENCIA

Nº DE SUGERENCIA

AÑO

DATOS DEL INTERESADO (opcional)			
Primer apellido:		Segundo apellido:	
Nombre:		DNI, NIF, Pasaporte o similar: -	
Domicilio:			
Municipio:			Provincia:
Código Postal:	País:		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):

1.ª Blanca: Permanecerá en el Registro correspondiente. 2.ª Rosa: Para el centro, establecimiento o servicio sanitario afectado. 3ª Verde: Para el usuario.