

**Full de reclamacions¹****Dades de la persona que presenta la reclamació**

1r cognom		2n cognom		Nom		
CIP ²	DNI	Data de naixement ³		Sexe		
Adreça Tipus de via ⁴		Nom		Núm.		
Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta	Codi postal	Telèfon
Codi de la localitat				Localitat		

Dades de la persona afectada (només les heu d'omplir si feu la reclamació en nom d'una altra persona)

1r cognom		2n cognom		Nom		
CIP ²	DNI	Data de naixement ³		Sexe		
Adreça Tipus de via ⁴		Nom		Núm.		
Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta	Codi postal	Telèfon
Codi de la localitat				Localitat		

Exposició de la reclamació (continueu al dors o en un full annex)**Data i signatura**¹ Adjunteu fotocòpia dels documents que vulgueu aportar.

De conformitat amb el que estableix la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, les dades que consigneu en aquest document constaran en el registre de gestió de suggeriments, queixes i reclamacions. La finalitat d'aquest fitxer és el de servir de font d'informació als programes de millora de la qualitat del sistema sanitari públic. L'òrgan responsable és l'Àrea de Serveis i Qualitat del Servei Català de la Salut (trav. de les Corts, 131-159, Edifici Olímpia, 08028 Barcelona). Podeu exercir els drets d'oposició, accés, rectificació i cancel·lació d'aquestes dades davant d'aquesta Àrea.

² Codi d'identificació personal (CIP).³ Hi ha de constar, en números: el dia, el mes i l'any (aquest últim en quatre xifres).

⁴ Avinguda	Can	Lloc	Pas	Plaça	Pujada	Travessera
Baixada	Carrer	Mas	Passadís	Plaçeta	Rambla	Travessia
Barri	Carreró	Parc	Passatge	Polígon	Raval	Urbanització
Blocs	Grups	Partida	Passeig	Pont	Ronda	Via