NO CONFORMIDAD, DISFUNCIÓN O SUGERENCIA

Titular:	Póliza número:
Paciente afectado:	Asociación:
Domicilio:	

Hospital o profesional contra quien se formula la reclamación o queja:

Texto de la reclamación o queja:

(Añádanse las hojas que se consideren necesarias)

Relación de documentos que se acompañan:
*
*
*
*

Viene de reclamación o queja anterior (si/no):	Fecha de la reclamación o queja anterior:	Sello y fecha de la Asociación:
Fecha y firma del Titular:		

Original -----> Tramitar a Delegación Adeslas correspondiente
Copia -------> ComSegInt, para archivo.