



AGRAÏMENT

SUGGERIMENT

QUEIXA

Hospital Nostra Senyora de Meritxell

Atenció Primària

Transport Sanitari

REMITENT

Cognoms i nom: _____

Adreça: _____

Codi Postal: _____ Població: _____ País: _____

Correu electrònic: _____ Telèfon: _____

Sr. Director General del SAAS

Signatura: _____

Data: _____