

☐ AGRAÏMENT ☐ SUGGERIMENT ☐ QUEIXA ☐ RECLAMACIÓ

☐ Hospital Nostra Senyora de Meritxell ☐ Atenció Primària

☐ Transport Sanitari

REMITENT

Cognoms i nom: _____

Adreça: _____

Codi Postal: _____ Població: _____ País: _____

Correu electrònic: _____ Telèfon: _____

Direcció General del SAAS

Signatura:

Data: ____ / ____ / ____