Imprimir

MODELO: reclamación y quejas del colegiado

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

CP: Localidad:

Provincia:

Nº de Colegiado:

N.I.P./ D.N.I.:

Correo Electrónico:

Objeto de la reclamación: (Todos los campos son obligatorios)

Burgos, de de

Fdo.:

ILMO SR. PRESIDENTE DEL COLEGIO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DE BURGOS.