



IMPRESO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS CONTRA COLEGIADOS

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO

APELLIDOS:

NOMBRE:

N. COLEGIADO:

ESPECIALIDAD:

CENTRO DE TRABAJO:

PÚBLICO

PRIVADO

DIRECCIÓN:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CÓDIGO POSTAL:

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

APELLIDOS:

NOMBRE:

PARTICULAR

ORGANISMO/INSTITUCIÓN

MÉDICO COLEGIADO

A.P.

ESPECIALISTA

D.N.I. / CIF

N.º COLEGIADO:

DIRECCIÓN:

Localidad

C.P.

PROVINCIA

Correo electrónico

Teléfono

CONDICIÓN:

Paciente

Familiar

Paciente

Colega (Médico / Otro sanitario)

EXPOSICIÓN CONCRETA DE LOS HECHOS RECLAMADOS

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (incluyendo descripción detallada de los hechos)

Fecha:

Firma:

Remitir cumplimentado con la documentación necesaria a:

Este documento, una vez cumplimentado, se presentará en el registro general del COMZ con firma manuscrita. Si se presenta por medios telemáticos, se requiere firma electrónica avanzada.

Ilmo. Sr. Presidente ICOMZ
Pº Ruiseñores 2 – 50006 ZARAGOZA
Teléfono 976388011
Email: secretariageneral@comz.org