



**COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS
DE ZARAGOZA**

**Remitir cumplimentado con la
documentación necesaria a:**

Ilma. Sra. Presidenta ICOMZ
Pº Ruiseñores 2 – 50006 – ZAARAGOZA
Teléfono 976388011
Email: secretariageneral@comz.org

IMPRESO DE PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS CONTRA COLEGIADOS

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE			
PARTICULAR <input type="checkbox"/>	MÉDICO COLEGIADO <input type="checkbox"/>		
DNI		Nº COLEGIADO	
DIRECCIÓN			
TELÉFONO		EMAIL	
LOCALIDAD		PROVINCIA	

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMADO

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NOMBRE			
Nº COLEGIADO		ESPECIALIDAD	
CENTRO TRABAJO		PÚBLICO <input type="checkbox"/>	PRIVADO <input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN			
LOCALIDAD		PROVINCIA	

EXPOSICIÓN CONCRETA DE LOS HECHOS RECLAMADOS

--

RELACIÓN DE DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (incluyendo descripción detallada hechos)*FECHA:***FIRMA DEL INTERESADO**

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.