

SOLICITUD DE INFORMACIÓN PERSONAL RELACIONADA CON LA LISTA ESPERA

Nombre y Apellidos*:		DNI*:
Fecha de nacimiento*		
Dirección*:	CP:	Localidad:
Hospital (Hospital donde se le incluyó en la lista espera):		
Número de episodio:		
Teléfono*:	Fax:	Correo Electrónico:
Indique el medio por el quiere recibir la información:		
Teléfono <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> correo electrónico <input type="checkbox"/> correo postal <input type="checkbox"/>		

El solicitante arriba referido autoriza a que se le facilite información sobre su estado en la lista de espera.

Firma

Ena de de 2007

Los datos marcados con * son obligatorios para poder ofrecerle información

El número de episodio lo puede encontrar en el documento que le entregaron en el hospital cuando lo incluyeron en lista de espera.

No olvide enviar junto con este documento su fotocopia del DNI