FULL DE RECLAMACIÓ

DADES DEL RECLAMANT:

Nom:	Cognoms:	
D.N.I./N.I.E.:	Telèfon:	Email:
Domicili:		
Localitat:	Província:	Codi Postal:
Empresa:		

QUALITAT AMB LA QUE RECLAMA (assenyali amb una "X" la opció correcta)

○ Treballador/pacient	○ Representant legal	○ Altres
○ Empresa	○ Representant sindical	En cas d'actuar com a representant, indiqui el nom del representat :
○ Familiar de l'interessat	○ Gestoria/Assessoria	_____

CENTRE/DEPARTAMENT/SERVEI/PERSONA OBJECTE DE RECLAMACIÓ:

MOTIU DE RECLAMACIÓ:

Pot remetre la present reclamació a la direcció calidad@maz.es o presentar-la a qualsevol dels nostres centres.

Se m'informa que, de conformitat amb el que disposa el Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, de 27 d'abril de 2016 i la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, MAZ, MCSS nº 11 com a responsable d'aquest tractament, tractarà les dades personals del present formulari per poder tramitar la reclamació, en compliment de les seves obligacions.
Per això, en formular la present reclamació vostè CONSENTEIX que MAZ, M.C.S.S. Nº11 realitzi el referit tractament de les seves dades personals amb les finalitats indicades, podent contactar en relació a la referida reclamació via telemática.
En qualsevol cas se m'informa de la possibilitat d'exercir qualsevol dels següents drets: accés, rectificació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament, en el moment que desitgi en qualsevol centre de MAZ o mitjançant l'adreça lopd@maz.es
Per consultar qualsevol informació addicional sobre la política de privacitat pot fer-ho a: privacidad.maz.es

Lloc i data: Signatura: