

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

A/A: CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID

A/A: DIRECCIÓN DE GERENCIA DE ÁREA DE SALUD

D./Dña. _____, con DNI nº _____ y domicilio a efecto de notificaciones en Plaza de la Constitución, 1, AUTORIZA al AYUNTAMIENTO DE SAN MARTÍN DE LA VEGA, con NIF nº P-2813200-I, a presentar en su nombre la siguiente reclamación, **en relación al funcionamiento del Centro de Salud:**

Expone:

Solicita:

En San Martín de la Vega, a ____ de _____ de 202__

Firma del representante del Ayuntamiento:

Firma del interesado/a:



Ayuntamiento
San Martín de la Vega