

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE _____

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE/DENUNCIANTE					
N.I.F./ C.I.F. / NIE	NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA
CORREO ELECTRÓNICO (opcional)		TELÉFONO FIJO (opcional)		TELÉFONO MÓVIL (opcional)	

DATOS DEL PACIENTE (si es una persona menor de edad o distinta a la reclamante/denunciante)					
N.I.F./ C.I.F. / NIE	NOMBRE		APELLIDOS		
CALLE			NÚMERO	PISO	ESCALERA PUERTA
MUNICIPIO			CÓDIGO POSTAL		PROVINCIA
FECHA DE NACIMIENTO		INDIQUE SI ES LA PERSONA TUTORA LEGAL SÍ NO			

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS:

Por lo anterior,

DENUNCIO a las personas colegiadas que han intervenido en mi tratamiento por posible negligencia o mala praxis.

En _____ a _____ de _____ de 20____

Fdo. _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA EN RELACIÓN CON LOS HECHOS.
(Presupuestos, facturas, recibos, recetas, radiografías, fotografías, tarjeta de citas, informes clínicos, partes de urgencia, etc.)
