

## Full de reclamació

### Dades de la persona que presenta la reclamació:

1r cognom		2n cognom		Nom		
Targeta sanitària		DNI		Data de naixement		
<b>Adreça</b>	Tipus de via	Nom			Núm.	
Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta	Codi postal	Localitat
Telèfon 1		Telèfon 2		Adreça electrònica		

### Dades de la persona atesa: (només les heu d'emplenar si feu la reclamació en nom d'una altra persona) (\*)

1r cognom		2n cognom		Nom		
Targeta sanitària		DNI		Data de naixement		Núm. Història Clínica
<b>Adreça</b>	Tipus de via	Nom			Núm.	
Bloc	Portal	Escala	Pis	Porta	Codi postal	Telèfon
Codi de la localitat		Localitat		Parentiu amb el/la reclamant		

(\*) Si és major d'edat, la resposta s'enviarà a la persona afectada com a titular de la informació.

### Exposició de la reclamació (si necessiteu més espai, continueu al dors o en un full annex)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i signatura

Informació sobre protecció de dades:

RESPONSABLE: Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (G59780494), Av. Sant Antoni Maria Claret, 167, 08025 de Barcelona. FINALITATS: Gestió de reclamacions interposades a l'entitat. LEGITIMACIÓ: Consentiment de l'interessat. DESTINATARIS: Registre de gestió de reclamacions (GRE) del Departament de Salut. CONSERVACIÓ: Durant la gestió i tramitació, i finalitzades les gestions, es conservaran durant els terminis establerts legalment, per atendre eventuais responsabilitats. DRETS: Té dret a sol·licitar l'accés, rectificació, supressió, oposició, limitació i portabilitat de les seves dades mitjançant un escrit dirigit al Servei d'Atenció a l'Usuari de l'Hospital, Av. Sant Antoni Maria Claret, 167, 08025 de Barcelona / atenciousuari@santpau.cat. En cas de discrepàncies en relació amb les seves dades, pot presentar una reclamació davant l'Autoritat de Protecció de Dades (www.apdcat.cat).

2019\_01