

Sugerencias y Agradecimientos



Marque lo que corresponda: **Sugerencia** **Agradecimiento**

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------------|
| DATOS PERSONALES | Nombre y Apellidos..... DNI..... | | |
| | Grado de parentesco (si no es el paciente) | | |
| | Dirección..... | | |
| | | | |
| | C.P. Población Provincia | | |
| | Teléfono.....Correo electrónico..... | | |
| | Nombre del paciente (si no es el mismo) | | |
| Financiador (SNS, Cia. seguros, privado, colectivo, empresa) | | | |
| Identificación del profesional que recoge la sugerencia o agradecimiento..... | | | |
| Fecha | Hora | Unidad / Consulta / Médico | Planta |
| | | | |
| COMENTARIOS | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| En, a dede 20..... | | | |
| FIRMA | | | |

Gracias por ayudarnos a mejorar.

Responsable del Tratamiento: IDCQ Hospitales y Sanidad, S.L.U. con domicilio social en la calle Zurbarán 28, 28010 Madrid. **Datos de contacto DPO:** DPO@quironsalud.es. **Finalidad del tratamiento:** atención de solicitudes de información, queja, sugerencia, reclamación, ejercicio de derechos de protección de datos, etc. **Destinatarios:** en su caso, mutua o compañía aseguradora, o a entidades de diagnóstico o profesionales sanitarios que hayan intervenido en su atención médica, en caso de resultar afectadas por su queja. **Derechos:** Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, como se explica en la información adicional. **Procedencia:** propio interesado. **Información adicional:** <https://www.quironsalud.es/es/politica-proteccion-datos>.