

**IMPRESO PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES Y QUEJAS ANTE EL COLEGIO  
OFICIAL DE MÉDICOS DE BURGOS**

**DATOS PERSONALES** (identificación completa)

**D./Dña.** (nombre y apellidos) .....

**D.N.I.** ..... **Tfno. :** .....

**E-mail:** .....

**Domicilio:** .....  
(Dirección, CP, localidad)

.....

**RECLAMACIÓN/ASUNTO:** (exposición breve y clara del caso)

.....  
.....  
.....

**PROFESIONAL/ES Y/O CENTRO/S IMPLICADOS:**(con la máxima identificación posible)

.....  
.....

**DOCUMENTACIÓN ADJUNTA:** (enumerar o hacer listado de la misma)

.....  
.....

FIRMA: En Burgos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**SR. PRESIDENTE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS**