



CSSV
consorci
sociosanitari
de vilafranca.

FULL DE SUGGERIMENTS

Dades de la persona que presenta el **suggeriment**

Cognoms i nom* _____

DNI _____ Telèfon _____

Adreça _____ Codi postal _____

Població _____

Exposició del **suggeriment**

Data i signatura

* Si voleu mantenir l'anonimat, no empleueu les dades personals

De conformitat amb el que estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (LOPD), les dades que consignis en aquest document s'incorporaran a un fitxer responsabilitat del CONSORCI SOCIOSANITARI DE VILAFRANCA DEL PDES amb la finalitat d'atendre la seva petició i gestionar l'objecte del present formulari. En qualsevol moment, pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, mitjançant comunicació escrita, adjuntant fotocòpia del DNI o document identificatiu equivalent, dirigida al CONSORCI SOCIOSANITARI DE VILAFRANCA DEL PENEDÈS, Av. Garraf, nº 3 (08720) de Vilafranca del Penedès.