

ATENCIÓN AL CLIENTE

SUGERENCIAS

DATOS

Nombre y apellidos _____
Razón social (empresa) _____
Domicilio _____
Teléfono _____
Fax _____
E-mail _____
Número de Mutualista _____

Reclamante en calidad de: tomador asegurado beneficiario

SUGERENCIAS

L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos recabados en este documento serán incorporados a un fichero de PREVISIÓN BALEAR, MPS, para la atención de sugerencias. En caso de proporcionar datos de salud en el presente documento, Usted consiente expresamente al tratamiento de los mismos para la finalidad antes indicada. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a calle Gremi Sabaters, nº68 Piso 1º, 07009 Palma, Illes Balears, España. En caso de comunicar datos de terceros, Usted se compromete a informar y recabar el consentimiento de los interesados respecto a los extremos más arriba indicados, con carácter previo a dicha comunicación.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma: _____