

Sociedad de Acupuntura Médica de España

DOCUMENTO DE RECLAMACIÓN

CONTROL DE ENTRADA

FECHA:

RECEPTOR:

FIRMA:

1. Identificación del interesado

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Sexo:

D.N.I.:

Profesión:

Edad:

Domicilio:

Municipio:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Enfermo

Familiar

Otros

2. Identificación del Médico Acupuntor

Primer apellido:

Segundo apellido:

Nombre:

Domicilio:

Municipio:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

3. Texto de la Reclamación

4. Lugar, Fecha y Firma.

Remitir por **correo o Fax** :

Sociedad de Acupuntura Médica de España (SAME)

**C/Juan Sebastian El Cano, 44 - 4ªPI. D
41011 Sevilla**

Telf: 955 72 21 21

Fax: 955 72 24 21