SOCIEDAD FEDERADA DE
PERSONAS SORDAS DE MÁLAGA

SUGERENCIA Y RECLAMACIONES

REGISTRO

NUMERO DE SOCIO/A
NOMBRE DE CATEGORIA:
FECHA DE BAJA SOCIO/A:

DATOS

Apellidos:						**Nombre:**	
NIF:		**Fecha de nacimiento:**				**Edad:**	
	Socio/a		**No socio/a**		**Usuarios**		**Otros:**

SUGERENCCIAS Y RECLAMACIONES

IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO OBJETO DE LA RECLAMACIÓN:
TEXTO D ELA RECLAMACIÓN:

En Málaga, a ..... de ..... de 20.....

Firmar

Fdo.:.....