GABINETE DO CIDADÃO

ACES DOURO SUL
Agrupamento de Centros de Saúde Douro II

FORMULÁRIO DE SUGESTÃO/OPINIÃO/ELOGIO

Este formulário destina-se à apresentação de propostas concretas que visem a melhoria do funcionamento desta unidade de saúde bem como para a apresentação de elogios.
Para apresentar uma reclamação p.f. solicite o LIVRO DE RECLAMAÇÕES.

UNIDADE DE SAÚDE:_____

IDENTIFICAÇÃO *(Não obrigatória)*

Nome_____

Cartão Cidadão/Bilhete de Identidade/Passaporte nº _____ *(riscar o que não interessa)*

Morada:_____

Código Postal:_____-_____ Localidade:_____Contacto telefónico:_____

Endereço eletrónico:_____@_____

Espaço destinado à sugestão/opinião/elogio

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Assinatura: _____ *Data:____/____/_____ Hora:____:____h*

MORADA:
Lugar de Calvilhe
5100-038 LAMEGO

CONTACTOS:
Telefone: 254 600 140
Fax: 254 600 149
Correio eletrónico: gabcid.acesdourosul@arsnorte.min-saude.pt

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

ARS NORTE Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.