

## FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

A cumplimentar por el Colegio → N° Expediente:

D./ D.ª.....

DNI / pasaporte n°.....

Dirección postal o electrónica de contacto: .....

.....

Asunto:.....

Contenido:

Documentación que adjunta:

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

Firmado:

Los datos personales facilitados, y cualesquiera otros derivados de la reclamación presentada, serán tratados por el ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE ARABA/ÁLAVA para mantener el contacto y la comunicación y gestionar la reclamación. Dicho tratamiento se basa en su consentimiento y la normativa vigente en cada momento sobre colegios profesionales. Se comunicarán datos a cualquier parte implicada en la reclamación, Gobierno Vasco, compañía aseguradora y centros sanitarios y/o profesionales implicados directa o indirectamente, con la finalidad de tramitarla y resolverla y cumplir las funciones legalmente previstas de control deontológico. Se realizan transferencias internacionales de datos. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se detalla en la información adicional puesta a su disposición en la política de privacidad de la página web [www.icoma.eus](http://www.icoma.eus)