ÁREA DE CALIDAD E IGUALDAD

Queja/Reclamación

Ed: 01

Cod: F.02.03.3

BONA GENT
amigos de las personas
con discapacidad intelectual

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

DATOS DE LA PERSONA INTERESADA

APELLIDOS:	**NOMBRE:**	**DNI:**
DOMICILIO (calle/avenida/plaza/, número, puerta):		**C.P:**
LOCALIDAD:	**PROVINCIA**:	**TELÉFONO**:
CORREO ELECTRÓNICO:		

SERVICIO OBJETO DE LA QUEJA/RECLAMACIÓN

ÁREA:	**SERVICIO:**	
DOMICILIO:		**C.P:**
LOCALIDAD:	**PROVINCIA**:	**TELÉFONO**:

MOTIVO DE LA QUEJA/RECLAMACIÓN

☐ Se adjunta documento anexo:

Fecha y Registro de entrada:

Valencia, ____ de _____del 201_

Firma:

El Responsable del Tratamiento de este formulario es BONA GENT, AMIGOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL con la finalidad de gestionar su queja ante la Asociación. Este tratamiento tiene como base legitimadora el consentimiento del interesado; y no se cederán datos personales del mismo a terceros salvo por imperativo legal. Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación del tratamiento y oposición ante BONA GENT, AMIGOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Calle Isaac Peral 25 bj de Valencia 46024 (Valencia) o a través del correo bonagent@bonagent.es