



**DADES DE LA PERSONA INTERESSADA**

COGNOMS:		NOM:	DNI:
DOMICILI (carrer/ avinguda/ plaça/ numere/ porta):			C.P:
LOCALITAT:	PROVÍNCIA:	TELÈFON:	
CORREU ELECTRÒNIC:			

**SERVEI OBJECTE DE LA QUEIXA / RECLAMACIÓ**

ÀREA:	SERVICI:	
DOMICILI:	C.P:	
LOCALITAT:	PROVÍNCIA:	TELÈFON:

**EXPOSA I SUGGEREIX**

S'ADJUNTA DOCUMENT ANNEX:

**Data i Registre d'entrada:**

València, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

**Signatura:**

El Responsable del Tractament d'este formulari és BONA \*GENT, AMICS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL amb la finalitat de gestionar el seu suggeriment davant l'Associació. Este tractament té com a base legitimadora el consentiment de l'interessat; i no se cediran dades personals del mateix a tercers excepte per imperatiu legal. Pot exercir els seus drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació del tractament i oposició davant BONA GENT, AMICS DE LES PERSONES AMB DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL Carrer Isaac Peral 25 bj de València 46024 (València) o a través del correu bonagent@bonagent.es