



FORMULARIO DE QUEJA

Marque lo que proceda

SUGERENCIA

Registro de entrada en la oficina de recepción

Registro de entrada en la unidad de destino

DATOS PERSONALES

Formulario for personal data including fields for Name, Surname, Address, Municipality, DNI, and contact information.

DATOS DE LA UNIDAD DONDE SE PRODUJO LA INCIDENCIA

Formulario for unit data including origin, date, and time of the incident.

MOTIVO DE LA QUEJA/SUGERENCIA

Large empty box for describing the reason for the complaint or suggestion.

FECHA: FIRMA DEL INTERESADO:

La queja o sugerencia podrá presentarse por correo ordinario o presencialmente en la Unidad de Atención al Ciudadano de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Calle Campezo nº 1, edificio 8, planta baja, 28022, Madrid. Dicha Unidad informará al interesado de las actuaciones realizadas en el plazo de 20 días hábiles (art.º 16.1 del R.D. 951/2005). En el supuesto de falta de contestación puede dirigirse a la Inspección General de Servicios de este Ministerio, Paseo del Prado, 18-20, planta 12, 28014 Madrid, teléfono 915964328 (art.º 16.3 del R.D. 951/2005). Importante: Las quejas formuladas no tendrán, en ningún caso, la calificación de recurso administrativo ni paralizarán los plazos establecidos en la normativa vigente para interponerlas.

A RELLENAR POR LA ADMINISTRACIÓN

Código de la incidencia Incumplimiento compromiso de carta de servicios Si No