Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Nº

FORMULARIO DE RECLAMO

NOMBRE Y APELLIDO :
NÚMERO TELEFONICO DE CONTACTO:
CORREO ELECTRÓNICO DE CONTACTO:

SI SE TRATA DE TRÁMITES A TERCEROS INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y PARENTEZCO-RELACIÓN CON EL AFILIADO O LA AFILIADA:
(EN ESTE CASO, DE AHORA EN MAS COMPLETAR CON DATOS DEL PACIENTE)

DNI: **LOCALIDAD:** **EDAD:**

CUENTA CON CUD:
ES PARTE DE ALGÚN PLAN (CRÓNICO, DIABETES, ONCOLÓGICO)
ESPECIFIQUE:

¿SE TRATA DE ALGUN TRAMITE QUE REQUIERA EXPEDIENTE?
ESPECIFIQUE NUMERO Y SECTOR:

COMENTE SU SOLICITUD O RECLAMO:

reclamos@css.gov.ar