

# INTZIDENTZIA ORRIA - EMF

FEDERATUAREN DATUAK			
Izen - Abizenak		NAN/DNI	
E-mail		Telefono Zenbakia	
Taldea		Probintzia	

ISTRIPU DATUAK			
Espediente Zenbakia			
(*Mapfrek emandako erreferentzi zenbakia)			
Gertaera eguna		Gertaera ordua	
		Gertaera lekua	

DEIAREN DATUAK			
Dei eguna		Dei ordua	
		Deitzen den zenbakia	
Deia hartu zuen pertsonaren izena			

GERTAERA MOTA			
"X" batez markatu gertaera izan den erakundearekin			
Mapfre	<input type="checkbox"/>	Pertsonaren datuak	
Zentro medikoa	<input type="checkbox"/>	Zentro medikuaren izena Pertsonaren datuak	
Adartia	<input type="checkbox"/>	Pertsonaren datuak	

Erreklamazioaren Arrazoa	

Iradokizunak	

\* Bidali dokumentu hau e-mail honetara: [emf@adartia.es](mailto:emf@adartia.es)