Izen-abizenak / Nombre y apellidos**:** .....

NAN / DNI: ..... **Telefonoa** / Teléfono **:** .....

Helbidea / Dirección**:** .....

Localidad/ **Herria**: ..... C.P. / **P.K.**: ..... E-mail: .....

Esan ezazu nola erantzuna jasotzea desiratzen duzun */ Indique cómo desea recibir la respuesta*

☐ ***Eskutitza*** */ Carta* ☐ **Helbide elektronikoa** / Correo electrónico

☐ ***E*skerrak**	☐ ***Eskaera***	☐ ***Iradokizuna/Kexa***	☐ ***E*rreklamazio*a***
☐ *Agradecimiento*	☐ *Solicitud*	☐ *Sugerencia/Queja*	☐ *Reclamación*

ERAKUSTEN DU / EXPONE:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ESKATZEN DU /SOLICITA :

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Data eta sinadura / Fecha y Firma:

ERIZAINTZAKO UNIBERTSITATE-ESKOLAKO ZUZENDARIA/ DIRECTORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA