CONTROL DE ENTRADA
C/
Nº REGISTRO:
FIRMA RECEPTOR:
FECHA DE PRESENTACIÓN:

1 DATOS DEL RECLAMANTE

NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL Y REPRESENTANTE LEGAL		CIF/NIF
DOMICILIO		**MUNICIPIO Y C.P.**
EMAIL ó FAX A EFECTOS DE NOTIFICACIONES		**TELÉFONOS DE CONTACTO**
Nº EXPEDIENTE LICMAD	**Nº IDENTIFICACIÓN EXPTE. AYUNTAMIENTO**	**Nº CERTIFICADO CONFORMIDAD**
	121101_____	121151_____
EMPLAZAMIENTO ACTIVIDAD		

2 HECHOS Y MOTIVOS QUE FUNDAMENTAN LA SUGERENCIA

3 FIRMA Y FECHA:

CLIENTE

4 RESOLUCIÓN ADOPTADA

5 FIRMA Y FECHA:

DIRECTOR DE CALIDAD

ESTE FORMULARIO NO GENERA COSTE ALGUNO. PUEDE PRESENTARSE PERSONAL Ó TELEMÁTICAMENTE EN CUALQUIERA DE NUESTRAS DIRECCIONES