Reclamación dirigida al Laboratorio DRXM

Nombre y apellidos:

como: **[ ]** Sujeto pasivo[ ]  Interesado **[ ]** Representante

Institución / Empresa: NIF:

Departamento:

Dirección:

Ciudad: Código postal:  País:

Teléfono: E-mail:

plantea la siguiente reclamación al Laboratorio DRXM:

Firma:

Fecha (formato dd/mm/aaaa):