**Día {dia}, Mes {mes}, Año {year}**

**Nombre de quien interpone la evaluación del servicio.**

{nombreResponsable} **CC:** {ccResponsable}

**Dirección:** {direccionResponsable} **Teléfono:** {telefonoResponsable}

**¿Afiliado?:** {afiliado} **N° Contrato de previsión:** {numeroContrato}

**Nombre del fallecido:** {nombreFallecido}

**Fecha de la encuesta:** {fechaFallecimiento} **Número de servicio:** {numeroServicio}

**Funcionario que atiende:** {funcionario}

**Descripción de la evaluación del servicio:**

{reclamo}

Firma de quien interpone la valoración del servicio

CC. {ccResponsable}