



## COMITÉ DE ÉTICA DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE VERACRUZ

### DATOS PERSONALES

Nombre.-	
Domicilio.-	
Ocupación.-	
Municipio.-	
Localidad	
Estado.-	
E-Mail.-	
Teléfono.-	

### HACIA QUE SERVIDOR PÚBLICO PRESENTAS TU QUEJA O DENUNCIA, SOBRE LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO DE CONDUCTA

Nombre.	
Cargo.-	
Dependencia o Entidad.-	
Área de Adscripción.-	
Localidad.-	

### DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA O DENUNCIA

--

En un plazo no mayor a cinco días hábiles recibirá la confirmación de la recepción de su queja o comentario al correo electrónico que haya registrado.

Enviar este formato a: [codamever@hotmail.com](mailto:codamever@hotmail.com)

**Nota:** A través de este formato podrá hacer llegar al Comité de Ética una QUEJA o DENUNCIA respecto al incumplimiento del Código de Conducta los cuales serán tratados con absoluta confidencialidad.