

HOJA DE RECLAMACIONES
COMPLAINTS FORM / IMPRIMES DE RECLAMATION

N.º 02
13
16
19
45

Nº: 104500

Los datos del recuadro serán rellenados por el titular del establecimiento antes de su entrega al consumidor

Nombre o razón social
Calle Localidad Código Postal
Provincia
Servicios que presta Teléfono
Fax NIF o DNI del responsable

A RELLENAR POR EL RECLAMANTE: (Por favor, en letra legible).
To be filled in by the claimant / A remplir par le réclamant: (please, in legible letter/s'il vous plait, en lettre lisible)

D./D.ª: DE NACIONALIDAD (nationality /
nationalité): CON DNI / PASAPORTE (passport / passeport) n.º:
Y CON DOMICILIO EN (address / adresse) LA CALLE (street / rue): Nº Piso
Letra LOCALIDAD (city / localité): Código Postal
PAIS (country / pays): E-mail: Fax:
Teléfono de Contacto: Indique horario preferente para contactar:

FORMULA LA SIGUIENTE RECLAMACIÓN:
(reason for the complaint / motif de la réclamation)

.....
.....
.....
.....
.....

SE SOLICITA (it requests / cela demandes):

Documentos que se adjuntan (facturas, folletos, etc.):

Solicita que esta reclamación sea resuelta a través del Sistema Arbitral de Consumo: SI NO

ALEGACIONES DEL PRESTADOR DEL SERVICIO:

.....
.....
.....
.....

FECHA DE LA RECLAMACIÓN (date of complaint / date de la réclamation): En a de de

FIRMA DEL RECLAMANTE:
(claimant's signature / signature du réclamant)

FIRMA Y SELLO DEL RECLAMADO:

FORMATO OFICIAL HOJA
DE RECLAMACIONES
(ANVERSO)

Ha de llevar el escudo de la JCCM

Ha de ir numerada

Datos del establecimiento a rellenar por el mismo

Datos del reclamante

Motivo de la reclamación

Lo que se solicita o pretende

Documentos que se acompañan

Solicitud de posible arbitraje

Alegaciones del reclamado

Fecha y firmas